



SEGURO PRESTAMISTA TAXA MÉDIA

Condições Gerais
Processo SUSEP nº 15414.900893/2014-12

Sumário

1.	OBJETIVO DO SEGURO	6
2.	DEFINIÇÕES	6
3.	GARANTIAS DO SEGURO	13
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	14
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	16
6.	CARÊNCIA E FRANQUIA	16
7.	ACEITAÇÃO DO SEGURO	17
8.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	20
9.	ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS	21
10.	OBRIGAÇÕES	23
11.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	25
12.	VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	26
13.	CAPITAL SEGURADO	27
14.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO	28
15.	APLICABILIDADE DE JUROS	29
16.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	30
17.	REAVALIAÇÃO DA TAXA	32
18.	CANCELAMENTO DA APÓLICE	32
19.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	34
20.	PERDA DE DIREITO	38
21.	BENEFICIÁRIOS	39
22.	REGIME FINANCEIRO	40
23.	SUB-ROGAÇÃO	40
24.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	40
25.	RATIFICAÇÃO	40
26.	FORO	40
27.	DISPOSIÇÕES GERAIS	40
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA (MQC)	42

1.	OBJETIVO	42
2.	CAPITAL SEGURADO	42
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	42
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	42
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	43
6.	RATIFICAÇÃO	43
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR ACIDENTE (MA)	44
1.	OBJETIVO	44
2.	CAPITAL SEGURADO	44
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	44
4.	RISCOS COBERTOS.....	44
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	45
6.	OCORRÊNCIA DO ACIDENTE	45
7.	COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE	46
8.	RATIFICAÇÃO	46
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	47
1.	OBJETIVO	47
2.	CAPITAL SEGURADO	47
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	47
4.	RISCOS COBERTOS.....	47
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	48
6.	OCORRÊNCIA DO ACIDENTE	49
7.	COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE	49
8.	JUNTA MÉDICA.....	50
9.	RATIFICAÇÃO	50
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)	52
1.	OBJETIVO	52
2.	GARANTIA DO SEGURO	52

3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	52
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	53
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	53
6.	RATIFICAÇÃO	53
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT).....		54
1.	OBJETIVO	54
2.	GARANTIA DO SEGURO	54
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	55
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	55
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	57
6.	RATIFICAÇÃO	57
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (PRIT-ACID)		58
1.	OBJETIVO	58
2.	GARANTIA DO SEGURO	58
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	59
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	59
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	60
6.	RATIFICAÇÃO	61
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)		62
1.	OBJETIVO	62
2.	CAPITAL SEGURADO	62
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA	62
4.	RISCOS COBERTOS	63
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	63
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	63
7.	COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	64
8.	RATIFICAÇÃO	65

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA (IFPDA).....		66
1. OBJETIVO		66
2. CAPITAL SEGURADO		66
3. CARÊNCIA E FRANQUIA		66
4. RISCOS COBERTOS.....		67
5. RISCOS EXCLUÍDOS		70
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO		70
7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO		70
8. RATIFICAÇÃO		71

1. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir o pagamento de um Capital Segurado, equivalente a obrigação pecuniária contraída pelo Segurado, caso ocorra algum dos eventos cobertos pela Apólice e indicados na Proposta Individual de Adesão, nas Condições Gerais e Especiais do Seguro e no Certificado Individual e desde que o evento não se enquadre como risco excluído.

DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES NO PERÍODO.

2. DEFINIÇÕES

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

Incluem-se neste conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor e o prazo de carência;
- 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) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se deste conceito:

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

- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definida acima.

Aceitação: ato de aceitação, pela Seguradora, da Proposta de Adesão apresentada pelo Estipulante e/ou pelo Segurado para Garantia do Risco.

Aditivo: condição Suplementar incluída nas Condições Contratuais. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

Agravação do Risco: É toda e qualquer mudança de hábito que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, quando da contratação do seguro.

Âmbito de Cobertura: Abrangência da Cobertura em determinado tipo de Seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

Apólice de Seguro: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Garantia solicitada pelo Estipulante e/ou Segurado.

Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor da indenização na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência do sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o Contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

Cancelamento: É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência.

Capital Segurado: É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto, vigente na data do evento.

Carregamento: É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do Seguro ou da alteração de valores do Capital Segurado ou do Prêmio.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato, da Proposta Individual de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

Condições Especiais: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Consignante: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos Prêmios devidos pelos Segurados.

Contrato: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Corretor de Seguros: Perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover Contratos de Seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente no país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela Escola Nacional de Seguros (FUNENSEG).

Data do Evento: É data da ocorrência do Evento (Risco Coberto).

Declaração Pessoal de Saúde: É o questionário, normalmente integrante da Proposta Individual de Adesão, no qual o proponente do Seguro presta as informações sobre seu estado de saúde e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil, substituindo o exame médico.

Doença ou Lesão Preexistente: É a doença ou lesão de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta Individual de Adesão.

Dolo: É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-Instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-Averbador quando não participar do custeio.

Estorno de Prêmio: É a retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

Evento: É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma Apólice de Seguro.

Franquia: É o período contado a partir do início do afastamento do segurado, durante o qual ele não tem direito a receber indenização. É fixado na Apólice e nas Condições Contratuais do segurado.

Garantia: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice Coletiva.

Indenização: O valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Garantia contratada.

Índice de Sinistralidade: É o coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de Apólices, e o volume global dos prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as Garantias de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

Instituição Financeira: Pessoa Jurídica cedente de um crédito a pessoa física ou jurídica, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas nas Condições Contratuais do Seguro.

Laudo Médico: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do Proponente.

Liquidação de Sinistro: É o processo para pagamento da indenização ao Segurado.

Migração de Apólices: É a transferência de Apólice Coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Nota Técnica Atuarial: É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

Parâmetros Técnicos: A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

Período de Cobertura: Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

Prazo de Carência: É o período, contado do início de vigência da cobertura individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não farão jus aos Capitais Segurados contratados.

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

Prêmio Comercial: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão da Apólice, se houver.

Prêmio Puro: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão da Apólice, se houver.

Pró-Labore: Denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, enquanto vigorar a Apólice, pagável ao Estipulante ou a quem este indicar para administrar o Seguro.

Proponente: É o interessado em contratar a(s) Garantia(s) ou aderir ao Contrato.

Proposta Individual de Adesão: É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

Renovação Automática: Modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

Resseguradora: É a pessoa jurídica, que aceita, em resseguro, a totalidade ou parte das responsabilidades repassadas pela Seguradora direta, ou por outras Resseguradoras, recebendo esta última operação o nome de retrocessão.

Risco: É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver Contrato de Seguro.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

Segurado Prestamista: É a pessoa que convencionou pagar prestações à pessoa jurídica para amortizar dívida contraída ou, para atender a compromissos financeiros assumidos.

Segurado Principal: É a pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o Seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

Seguradora: Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o Prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

Sinistro: É a ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do plano de Seguro.

Subestipulante: Pessoa física ou jurídica que estipula em proveito do grupo que a ela de qualquer modo se vincule, denominado subgrupo, através da inclusão de seus componentes na Apólice Coletiva já existente, ficando investido dos poderes de representação deste subgrupo, em conjunto com o Estipulante.

Tábua de Mortalidade: Definida como “o instrumento destinado a medir as probabilidades de vida e de morte”. Consiste, na sua forma mais elementar, em uma tabela que registra, de um grupo inicial de pessoas da mesma idade, o número daquelas que vão atingindo as diferentes idades, até a extinção completa do referido grupo.

Taxa: Elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. Nos Seguros é comum encontrar taxas expressas em percentagem (%).

Vigência: Período de tempo em que a Cobertura de risco será garantida pela Seguradora.

Vigência da Cobertura Individual: É o período em que o segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1 Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles expressamente convencionados nas cláusulas anexas à Apólice, devidamente ratificados no Contrato, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre e desde que vigentes.

3.2 As Garantias deste Seguro dividem-se em Básicas e Adicionais

3.3 Garantias Básicas

- Morte por Qualquer Causa (MQC)
- Morte por Acidente (MA)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI)
- Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (PRIT)
- Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (PRIT-ACID)
- Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)

3.4 Garantia Adicional

- Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa (IFPDA)

3.5 A contratação da Garantia Adicional Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa (IFPDA) fica condicionada à contratação da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa.

3.6 Fica estabelecido que no presente Seguro não haverá Garantia para Invalidez Parcial.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos das Garantias deste Plano de Seguros, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) atos de Terrorismo Nuclear, Biológico ou Químico. Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido

devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor estas Condições Gerais;

- d) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora;
- e) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo;
- h) participação em disputas ou duelos;
- i) sequestro ou tentativa de sequestro;
- j) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta Individual de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- k) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas consequências se manifeste durante a Vigência da Cobertura Individual;
- l) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos da Vigência da Cobertura Individual;
- m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- n) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, choque anafilático, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de acidente pessoal não coberto;
- o) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
- p) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- q) perda de dentes e danos estéticos;
- r) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- s) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- t) atos reconhecidamente perigosos que não seja motivado por necessidade justificada;
- u) nos Seguros contratados por pessoa jurídica, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- v) para portadores de deficiência física:
 - Lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência

física e/ou às suas repercussões, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta Individual de Adesão;

- Condições clínicas advindas de qualquer complicação, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos;
- Lesões e disfunções preexistentes de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta Individual de Adesão.

w) danos morais.

4.2) A Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização, quando a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.3) A Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização, quando a morte ou a incapacidade do Segurado for diretamente de um acidente pessoal, os eventos abaixo:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- b) o parto ou aborto e suas consequências;
- c) o choque anafilático e suas consequências.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1 Para todas as Garantias haverá Carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.2 O Período de Carência e/ou Franquia para cada Garantia estão estabelecidos nas Condições Especiais.

6.3 Poderá ser definido nas Condições Contratuais um Período de Carência de até 2 anos, para qualquer Garantia deste Plano de Seguro, entretanto não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.

6.4 O Período de Carência poderá ser aplicado aos aumentos de capital segurado solicitados após o início de vigência.

6.5 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6.6 Não será iniciado novo Período de Carência em caso de renovação de Apólice.

6.7 Não se aplica a devolução ou resgate de prêmios em caso de morte do Segurado durante o Período de Carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente Seguro, que é regido por repartição simples.

6.8 O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 A aceitação do Contrato de Seguro será feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de Seguros habilitado.

7.2 Na proposta escrita estarão os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

7.3 A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.4 A adesão à Apólice será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de Proposta Individual de Adesão, para prévia análise de aceitação da Seguradora, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

7.4.1 Para a aceitação de que trata o subitem anterior, poderão ser exigidos outros documentos, tais como declaração pessoal de saúde, declaração de atividade laborativa ou exames médicos, correndo as custas às expensas da Seguradora.

7.5 A Proposta Individual de Adesão de cada proponente integrará as Condições Contratuais, após sua aceitação pela Seguradora.

7.6 A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.7 A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 7.6.

7.8 No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 7.6 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.9 Ficará a critério da Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de Seguros, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, ao Corretor/Estipulante, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

7.10 A data de aceitação da proposta será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término do prazo previsto no subitem 7.6. Nesta última hipótese, a ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.11 Em caso de recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.11.1 Havendo adiantamento de valor futuro para pagamento parcial ou total do prêmio, em caso de recusa do risco pela seguradora, fica garantido ao proponente a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.11.2 A referida quantia será devolvida ao Estipulante, em nome do proponente, sendo de responsabilidade do Estipulante sua devolução ao proponente.

7.12 É obrigatória a emissão da Apólice e envio ao Estipulante, pela Seguradora, no início do Seguro. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

7.13 É obrigatória a emissão do certificado individual e envio ao Segurado, pela Seguradora, no início do Seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

7.14 A emissão da Apólice, do certificado ou dos aditivos será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

7.15 A Seguradora poderá solicitar, quando da assinatura da proposta, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do Segurado quanto à contratação de outros Seguros de Pessoas com Garantias concomitantes.

7.16 Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos em todas as Garantias.

7.17 Quando o prestamista for pessoa jurídica, será considerado componente do grupo segurado o sócio majoritário. Em caso de participações iguais entre os sócios majoritários, o Segurado será o sócio mais novo e, havendo igualdade de datas de nascimento entre os sócios mais novos, será considerado àquele definido pelo estipulante/subestipulante.

7.17.1 A pessoa jurídica adquirente de dívida ou compromisso, desde que se manifeste expressamente, poderá determinar por ocasião da contratação do seguro, que a qualificação de prestamista Segurado recaia sobre todos os sócios acionistas, com capital proporcional a participação acionária de cada um, desde que satisfaça as condições de inclusão aqui apresentadas, inclusive quanto ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, se for o caso.

7.17.2 No caso do disposto no subitem 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. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

8.1 Somente serão aceitos no grupo segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de Capitais Segurados, e que tiverem preenchido e assinado a Proposta Individual de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, o que será ratificado no Contrato da Apólice. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora da Proposta Individual de Adesão.

8.2 O vínculo de que trata o parágrafo anterior estará de forma clara e objetiva definido na Proposta Individual de Adesão.

8.3 Para a contratação do Seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

8.4 Podem ser aceitos nas Garantias Básicas e na Garantia Adicional, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, bem como em outras condições aqui não previstas, o que constará do Contrato da Apólice.

8.4.1 Fica estabelecido que a aceitação de aposentados só é permitida em 2 (dois) momentos:

- Quando da recepção do grupo de Segurados, por ocasião da implantação da Apólice e desde que os mesmos já façam parte do grupo segurado, de acordo com as condições estabelecidas no item 8.
- Quando de sua efetiva aposentadoria, que implicará em sua manutenção na Apólice, sem interrupção de vigência individual.

8.4.2 Conforme subitem anterior, fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes aposentados.

8.4.3 O aposentado somente será mantido no Seguro enquanto seu Prêmio for pago por intermédio do Estipulante.

8.5 Se o Segurado tiver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu

Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

8.5.1 Se a inexatidão ou omissão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o subitem 19.2 destas Condições Gerais.

8.6 O plano coletivo estará disponível a todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas no Contrato da Apólice, para ingresso no grupo segurado.

8.7 No caso de recepção de grupo de Segurados e Assistidos, originada em processo de migração de Apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja Garantia esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo por acidente. Para fins do presente, a “migração de Apólices” tem seu conceito definido no glossário.

8.8 Fica estabelecido que a aceitação de afastados só é permitida quando do processo de migração de Apólices ou quando de seu efetivo afastamento, que implicará na manutenção da Apólice, sem interrupção da Cobertura Individual. Fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes afastados.

8.9 Em caso de aquisição de dívida ou financiamento onde a renda seja composta por mais de uma pessoa física, as Garantias do seguro serão contratadas para todos os componentes da renda, com Capital Segurado proporcional à renda de cada componente no momento da contratação, desde que satisfeitas todas as condições aqui previstas, inclusive quanto ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde por cada componente da renda.

9. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

9.1 O Seguro de Pessoas será estipulado por pessoa física ou jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo se vincule, ressalvado o disposto no subitem 9.2. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

9.1.1 Para fins de interpretação das presentes Condições Gerais, as referências ao Estipulante, aplicam-se aos Subestipulantes.

9.2 Fica expressamente vedada a atuação como Estipulante de:

- a) Corretoras de Seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
- b) Corretores;
- c) Sociedades Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

9.3 A vedação estabelecida no subitem 9.2 não se aplica aos empregadores que estipulem Seguro em favor de seus empregados.

9.4 Não é considerada Estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito Proposta de Contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento dos respectivos Segurados e o consequente repasse em favor da Seguradora.

9.5 O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento, por parte do Segurado, retira do Estipulante ou Consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, a partir do mês seguinte ao comunicado expresso do Segurado.

9.5.1 É de exclusiva responsabilidade do Estipulante, que for responsável pela arrecadação do prêmio para o posterior repasse à Seguradora, cancelar o desconto em folha de pagamento do prêmio relativo à contribuição do Segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do Seguro.

9.6 É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado;
- d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

10. OBRIGAÇÕES

10.1 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- k) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- m) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às Garantias do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

10.1.1 O não repasse dos prêmios à Seguradora acarretará o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior a 90 (noventa) dias, e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.

10.1.2 É imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, de acordo com a periodicidade estabelecida nas Condições Contratuais, por meio magnético, relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da Proposta, bem como pertinentes ao Capital Segurado, conforme layout em vigor.

10.1.3 Cabe ressaltar que a inobservância ao subitem anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

10.1.4 Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio magnético, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

10.1.5 O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, Garantias e prêmios.

10.1.6 Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste Contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

10.2 OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- a) guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes;
- b) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;
- c) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante, sempre que lhe for solicitada;
- d) prestar ao Estipulante e a cada componente do grupo segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.

10.2.1 Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante é obrigatório constar do Certificado Individual e da Proposta Individual de Adesão o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

10.2.2 Comunicada pelo Estipulante ou Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao Estipulante ou Segurado, conforme for o caso, de sua decisão de cancelar o Seguro, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

10.2.3 O cancelamento mencionado no subitem anterior, só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída ao Segurado à diferença do prêmio, se houver, relativo ao período em que a Garantia não mais vigorará.

10.3 OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

10.3.1 Guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.

10.3.2 Comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à Garantia, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

10.3.3 Comunicar a mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às Garantias do Seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

11.1 VIGÊNCIA DA APÓLICE

Prazo de vigência da apólice é o período compreendido entre a data de início de vigência da apólice e seu vencimento. O prazo de vigência será definido nas Condições Contratuais do Seguro.

11.2 RENOVAÇÃO DA APÓLICE

As Apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

11.2.1 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa.

11.2.2 A renovação que implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

11.2.3 A renovação automática a que se refere o subitem 11.2 não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicar o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

11.2.4 O desinteresse na renovação da Apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e dos Segurados.

11.2.5 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

11.2.6 Será enviado novo Certificado Individual ao Segurado em cada umas das renovações do Seguro.

12. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

12.1 O início e fim da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal finalidade, na Apólice, no Certificado Individual e nos Endossos, seguindo o critério definido nas alíneas “a” e “b” posteriores.

a) Nos contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que estabelecido em Condições Contratuais;

b) Os contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão o início de vigência da cobertura a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

12.2 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do Seguro, se este não for renovado.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1 O Capital Segurado é o valor fixado nas Condições Contratuais do Seguro, para cada garantia dos diferentes segurados, que corresponde à importância máxima a ser paga pela Seguradora, na ocorrência de evento coberto pela apólice, expresso em moeda corrente nacional.

13.2 Este Seguro admite duas opções de capital segurado, cuja escolha será definida nas Condições Contratuais e prevalecerá durante toda a vigência do certificado individual:

- a) Valor fixo, limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso;
- b) Variável igual ao saldo devedor da dívida ou do compromisso assumido com o Estipulante, conforme definido em contrato específico.

Para a determinação do valor do capital segurado no momento da liquidação do sinistro, deverá ser considerada como data do evento a data definida nas condições especiais do seguro.

13.2.1 Na ocorrência do evento o Capital Segurado a ser indenizado ou reembolsado será aquele sobre o qual foi calculado o prêmio referente à competência do evento.

13.3 Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- a) Garantia Morte por Qualquer Causa: a data da morte do Segurado;
- b) Garantia Morte Acidental: a data da morte do Segurado;
- c) Garantia Invalidez Permanente Total por Acidente: a data do acidente;
- d) Garantia Perda de Renda por Desemprego Involuntário: em caso de cumprimento de aviso prévio, o dia anterior à data da comunicação do aviso prévio pelo empregador ao empregado, e em caso de dispensa do cumprimento de aviso prévio, o dia anterior à data de desligamento do segurado;

- e) Garantia Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente: a data do acidente que gerou a incapacidade;
- f) Garantia Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença: a data do laudo médico atestando a incapacidade temporária;
- g) Garantia Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença: a data do laudo médico atestando a incapacidade permanente;
- h) Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença como Antecipação da Garantia de Morte por Qualquer Causa: a data do laudo médico atestando a incapacidade permanente.

13.4 Em caso de aquisição de dívida ou financiamento onde a renda seja composta por mais de uma pessoa física, conforme disposto no subitem 8.9, o Capital Segurado corresponderá ao percentual de participação de cada componente da renda que será expresso em seu Certificado Individual.

13.5 No caso de falecimento de um dos componentes da renda, o seguro quitará parte da dívida, correspondente ao percentual do componente da renda falecido, permanecendo no seguro os demais sobreviventes com seus respectivos Capitais Segurados.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO

14.1 A atualização da Indenização, caso a Seguradora não efetue o pagamento dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, que neste caso é a data do evento, e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

14.2 Para a atualização referida no subitem anterior, o índice pactuado no presente contrato é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

14.3 Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a vigência do Seguro, na data de aniversário da Apólice, pelo IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do

aniversário da Apólice, exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação das dívidas.

14.4 Caso haja o recálculo do Capital Segurado para acompanhar o saldo devedor da dívida, o Capital Segurado e os prêmios correspondentes serão atualizados mensalmente de acordo com a atualização da dívida contraída pelo segurado. Caso o pagamento do prêmio seja feito em periodicidade diferente da mensal, o prêmio será calculado de acordo com a formulação definida na Nota Técnica Atuarial do plano, que leva em consideração a projeção da variação mensal do Capital Segurado.

14.5 O critério de atualização ou recálculo estará definido no contrato.

14.6 O Capital Segurado poderá ser reajustado mediante solicitação expressa do Estipulante, estando sujeita à análise e aceitação pela Seguradora. Neste caso, o valor do prêmio será recalculado conforme a variação do Capital Segurado informado pelo Estipulante à Seguradora.

14.7 O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados, com anuência de no mínimo $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado, por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

14.8 Quando o prêmio for pago de forma única ou anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15. APLICABILIDADE DE JUROS

Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de juros moratórios de 1% a.m., ou sua equivalente diária, desde a data de exigibilidade até a data do efetivo pagamento, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em Contrato para esse fim, respeitada a regulamentação específica, particularmente, no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1 Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Contrato, somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

16.2 O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado nas Condições Contratuais, classifica-se, conforme abaixo:

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

16.3 Os prêmios serão pagos de forma única, mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

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

16.4.1 A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

16.5 O plano prevê atualização monetária, juros e multa por atraso no pagamento do prêmio.

16.6 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

16.7 Fica entendido e acordado que, no presente Seguro, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

16.8 Se o prêmio não for pago até a data limite expressa no respectivo documento de cobrança, o Segurado poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios desde a data limite

até a data do efetivo pagamento, e desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

16.9 Quando o plano de Seguro for contratado com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos Beneficiários no que se refere à Garantia e demais direitos oferecidos.

16.10 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso serão acrescidos de multa de 2% e juros moratórios de 1% a.m., ou sua equivalente diária.

16.11 A Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.

16.12 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 16.6, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

16.13 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 16.11 serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

16.14 Nos valores devidos a título de devolução de prêmios, no caso de recusa da proposta pela Seguradora, a data de exigibilidade será a mesma da formalização da recusa.

16.15 A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora.

16.16 A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao Segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

16.17 Dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados deverão constar, explicitamente, a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro.

16.18 O pagamento de prêmios de Seguros efetuados por meio de desconto em folha será registrado em rubrica específica pela Seguradora.

16.19 Se o Segurado dispuser de mais de um Contrato de Seguro, os valores referentes a cada Contrato estarão discriminados no instrumento de cobrança.

16.20 Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante ou a Seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do Seguro.

17. REAVALIAÇÃO DA TAXA

17.1 As taxas serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas para manutenção do equilíbrio técnico-atuarial da Apólice.

17.2 O critério de reavaliação tomará por base:

- a) a sinistralidade média da carteira dos últimos 24 meses anteriores;
- b) a sinistralidade média do mercado dos últimos 24 meses anteriores conforme publicado no site da SUSEP.

17.3 Qualquer alteração das taxas de Seguro, que implicar em ônus aos Segurados, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente aditivo.

18. CANCELAMENTO DA APÓLICE

18.1 O não pagamento do prêmio nos prazos estipulados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático da Apólice ou Certificado Individual, se não houver regularização dos prêmios antes de completar 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

18.2 A Apólice poderá ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.3 No caso de cancelamento total ou parcial da Apólice, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

18.4 Nos demais casos, o cancelamento da Apólice somente se dará quando expirar seu prazo de validade, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 90 (noventa) dias.

18.5 Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18.6 Nos Seguros contratados por pessoa jurídica, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes.

18.7 As Garantias contratadas na Apólice cessarão automaticamente para o Segurado:

- a) Com o cancelamento da Apólice;
- b) Caso o segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, da Apólice e consequentemente do grupo segurável;
- c) A partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da Apólice;
- d) Quando o Segurado deixar de pagar o prêmio por período superior a 90 (noventa) dias;
- e) No último dia do mês em que for solicitado o cancelamento da garantia, por escrito, por parte do estipulante;
- f) No caso de Garantias adicionais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula;
- g) Com a morte do Segurado;
- h) Com Invalidez Total e Permanente do Segurado;
- i) Por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito.

18.8 Não obstante o disposto no subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o último dia da vigência a que se refere o último prêmio pago pelo Segurado.

18.9 As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

19.1 Para o recebimento do pagamento do Capital Segurado, o Segurado ou o Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, de acordo com o subitem 19.16 destas Condições Gerais.

19.2 Os pagamentos relativos às Garantias têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

19.2.1 No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, em caso de dúvida fundada e justificável, o prazo de que trata o subitem anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

19.2.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 19.2 e 19.2.1, implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

19.2.3 Os juros moratórios e sua forma de aplicação, citados no subitem anterior, estão fixados no item 15.

19.3 O pagamento da indenização será realizado sob a forma única para as Garantias Básicas e para as Garantias Adicionais, nos termos definidos nas Condições Contratuais.

19.4 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

19.4.1 A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

19.4.2 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.

19.4.3 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.

19.5 Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação da cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento, porém anterior à data do sinistro. Fica vedada a exigência de comprovantes de quitação relativo a outros meses.

19.6 Os prazos prescricionais referentes a este Seguro são aqueles previstos pela legislação.

19.7 O pagamento da indenização não está condicionado a nenhuma restrição temporal. Em qualquer hipótese os prazos previstos em lei serão analisados diante das situações concretas.

19.8 O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou Beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento, não sendo estabelecido prazo máximo para comunicação.

19.9 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.

19.10 As Garantias de Invalidez garantidas no presente Contrato devem ser comprovadas através de declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 19.10.1, 19.10.2 e 19.10.3 posteriores.

19.10.1 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com os conceitos cobertos pelas Garantias reclamadas.

19.10.2 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

19.10.3 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins de doença ou acidente.

19.11 A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

19.12 É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

19.13 A Seguradora verificará somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devida não for efetuado diretamente ao Beneficiário, sem a exigência de alvará judicial.

19.14 Não serão exigidas certidões de nascimento atualizadas para fins de liquidação de sinistros.

19.15 Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.16 Além da documentação necessária descrita nas Condições Especiais para cada Garantia, se faz necessária a apresentação da seguinte documentação:

19.16.1 Documentos do Beneficiário:

- a) Cópia simples da certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Beneficiário(s);
- b) Cópia simples do RG ou outro documento de identidade e CPF do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu representante legal;
- d) No caso de Companheiro(a), encaminhar a cópia simples do comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital anterior ao óbito do Segurado caso não haja, pelo menos três documentos que comprovem a união estável;
- e) Cópia simples do Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos. Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
- f) Cópia simples do Termo de Curatela no caso do Segurado encontrar-se incapaz para responder por seus atos civis. Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador.

- g) Cópia simples dos dados bancários com as informações do banco, agência e conta corrente ou poupança para crédito em nome do favorecido ou menor representado;
- h) Para quando não há designação nominal de Beneficiários, cópia simples do Formulário de Declaração Única de Herdeiros devidamente preenchida e assinada por todos os herdeiros legais e por duas testemunhas, devendo as assinaturas destes serem reconhecida em cartório, as testemunhas devem encaminhar RG, CPF e Comprovante de Residência;
- i) Para quando não há designação nominal de Beneficiários, cópia simples da Certidão de Casamento do(a) cônjuge atualizada e com averbação do óbito do Segurado(a), quando não há designação nominal de Beneficiários.

19.16.2 Documentos para indenização ao Estipulante/PJ:

- a) Cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social;
- b) O número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) Receita Federal;
- c) Comprovante Bancário em nome do Estipulante.

19.16.3 Documentos do Segurado:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e sem rasuras;
- b) Cópia simples do RG ou outro documento de identidade;
- c) Cópia simples do CPF;
- d) Cópia simples do comprovante de residência atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.). Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado;
- e) Cópia simples do Proposta Individual de Adesão;
- f) Cópia simples do documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- g) Cópia simples do documento que comprove a dívida contraída;
- h) Cópia simples do demonstrativo do saldo devedor do mês do evento;
- i) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;
- j) Cópia simples do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho, quando houver;
- k) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o segurado tenha sido o condutor.

20. PERDA DE DIREITO

20.1 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

20.2 Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

20.3 O Segurado perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas Condições deste Seguro.

20.4 O Segurado está obrigado a comunicar à sociedade Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

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

21. BENEFICIÁRIOS

21.1 Ocorrendo o sinistro, o primeiro beneficiário será sempre o estipulante que receberá o valor correspondente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado, até o limite do capital segurado contratado. Caso haja diferença entre o saldo da dívida e o Capital Segurado, esta será paga a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

21.2 A indicação de Beneficiários é de livre escolha do Segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de Beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do Estipulante.

21.3 Quando for designado mais de um Beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

21.4 Caso a Seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará a diferença que ultrapassar o saldo da dívida ao antigo Beneficiário designado.

21.5 Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

21.6 Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta de pessoas indicadas, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários a subsistência.

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

21.8 Não se pode instituir beneficiário a pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

21.9 O beneficiário não terá direito ao Capital Segurado caso o segurado se suicide, nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

22. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição simples, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de Seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.

23. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas a SUSEP.

25. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 3 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, no Contrato da Apólice, que fazem parte integrante e inseparável da Apólice.

26. FORO

Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

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

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

27.4 Este Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

27.5 Qualquer modificação da Apólice deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA (MQC)**1. OBJETIVO**

Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado por qualquer causa, natural ou acidental, durante a vigência deste Seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O Período de Carência será de no mínimo 180 (cento e oitenta) dias, a ser estabelecido contratualmente, limitado a metade do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

O Período de Carência, a critério da Seguradora, poderá ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela (s) de sua tentativa, o Período de Carência será de 2 (dois) anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

Não se aplica Período de Franquia para esta Garantia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes a esta garantia estão mencionados no item 4 das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, além da documentação exigida no item 19.16 destas Condições Gerais, compete ao Estipulante e/ou ao(s) Beneficiário(s), tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou da Certidão de Casamento (atualizados pós óbito) e se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação;
- c) Cópia autenticada do Laudo de exame cadavérico (IML) em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- d) Relatório Médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida detalhando a natureza da doença com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- e) Cópia simples do(s) Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o óbito.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR ACIDENTE (MA)**1. OBJETIVO**

Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, conforme a definição de Acidente Pessoal do item 2 das Condições Gerais.

2. CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto, vigente na data do evento. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não se aplica Período de Carência para esta Garantia, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela (s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

Não se aplica Período de Franquia para esta Garantia.

4. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos mencionados na definição de Acidente Pessoal do item 2 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

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

- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- b) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Na ocorrência de acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, além da documentação exigida no item 19.16 destas Condições Gerais, compete ao Estipulante e/ou ao(s) Beneficiário(s), tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou da Certidão de Casamento (atualizados pós óbito) e se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação;
- c) Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML, quando houver;
- d) Cópia simples do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- e) Cópia autenticada da Laudo Pericial do local do acidente, quando houver;

f) Cópia autenticada da Termo de reconhecimento do cadáver, nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;

7. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

7.1 O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado Individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.2 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.3 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

7.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE
(IPTA)****1. OBJETIVO**

Garantir uma indenização ao Beneficiário, relativa à impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que contratada pelo segurado. No caso de perda parcial, com redução das funções do membro ou órgão lesado, não caberá pagamento de indenização.

2. CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não se aplica Período de Carência para esta Garantia, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela (s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

Não se aplica Período de Franquia para esta Garantia.

4. RISCOS COBERTOS

4.1 Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, estão cobertas a perda ou a impotência funcional definitiva de pelo menos um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos nos eventos de Invalidez Total descritos abaixo, em virtude de lesão

física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da Apólice.

Eventos de Invalidez Total:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável.

4.2 Quando de um mesmo acidente resultar a invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total não excederá a 100% do Capital Segurado relativo a Invalidez Permanente Total por Acidente contratada.

4.3 Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

5. RISCOS EXCLUIDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Atos ilícitos ou contrários à lei;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) Acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- d) Acidente vascular cerebral.

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Na ocorrência de acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, além da documentação exigida no item 19.16 destas Condições Gerais, compete ao Estipulante e/ou ao(s) Beneficiário(s), tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- a) Relatório Médico devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da invalidez. É válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela seguradora;
- b) Cópia simples do Termo ou da Carta de Concessão da Aposentadoria do INSS, quando houver;
- c) Cópia simples dos Exames e radiografias com laudos que comprovem a diagnóstico e a Invalidez do Segurado;
- d) Cópia autenticada do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

7. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

7.1 O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado para esta Garantia, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.2 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o conceito coberto por esta Garantia.

7.3 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário.

7.4 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

7.5 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.6 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

7.7 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

7.8 Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, seu pagamento exclui o segurado da apólice. Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e das Condições Especiais.

8. JUNTA MÉDICA

8.1 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesão bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.2 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

8.3 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.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO
INVOLUNTÁRIO (PRDI)****1. OBJETIVO**

Garantir uma indenização ao beneficiário em caso de desemprego do segurado por rescisão injustificada do contrato de trabalho de forma unilateral, por parte do empregador e não motivada por justa causa, por prazo superior ao descrito nas Condições Contratuais do Seguro.

2. GARANTIA DO SEGURO

2.1 Para ter direito a esta Garantia é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador, comprovando ainda o devido registro em carteira de trabalho.

2.2 Esta garantia poderá ser oferecida sob a forma de duas modalidades, devendo a escolha ser feita pelo estipulante no momento da contratação do seguro e estar definida no contrato.

- a) Modalidade 1: No caso de ocorrência de sinistro, o beneficiário fará jus ao Capital Segurado contratado, sendo este pago de uma só vez, a fim de quitar a dívida;
- b) Modalidade 2: No caso de ocorrência de sinistro, o beneficiário fará jus ao recebimento de um valor mensal, a fim de quitar parcelas da dívida, limitado a quantidade de parcelas contratadas, desde que comprove, mensalmente, a manutenção da situação de desempregado.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O Período de Carência será de no mínimo 30 (trinta) dias, a ser estabelecido contratualmente, limitado a metade do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

O Período de Carência, a critério da Seguradora, poderá ser reduzido.

Não haverá Período de Franquia para esta Garantia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Aposentadorias;
- b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- c) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício;
- d) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- e) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- f) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- g) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% do seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- h) Profissionais liberais.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Na ocorrência de evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, além da documentação exigida no item 19.16 destas Condições Gerais, compete ao Estipulante e/ou ao(s) Beneficiário(s), tão logo seja do seu conhecimento, apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada Termo de Rescisão Contratual com a devida homologação e/ou carta do empregador atestando o motivo da rescisão para empregados domésticos que não tiverem o Termo de Rescisão Contratual. Na carta deve constar a data da admissão, data de demissão e motivo do desligamento;
- b) Cópia autenticada Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo com CNPJ da empresa empregadora com assinatura e data). Envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE
TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT)****1. OBJETIVO**

Garantir uma indenização ao beneficiário em caso de perda de renda do segurado por incapacidade física e temporária do segurado autônomo sem vínculo empregatício, causada por acidente ou doença, por prazo superior ao descrito nas Condições Contratuais do Seguro.

Considera-se “Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária” aquela pela qual o segurado fique comprovadamente impossibilitado, contínua e ininterruptamente, para exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar em tratamento médico, desde que respeitado o período de franquia estabelecido no contrato.

2. GARANTIA DO SEGURO

2.1 Para ter direito a esta Garantia é necessário que o segurado seja profissional liberal ou autônomo, sem vínculo empregatício, e que tenha comprovação de renda por CCM (Cadastro de Contribuinte Mobiliário), declaração de imposto de renda ou guias de recolhimento de imposto de renda – carnê leão, conforme limite de idade estabelecido nas condições contratuais e que esteja em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2.2 Caso o segurado deixe de ser um profissional sem vínculo empregatício, a mudança deverá ser informada à Seguradora, para que a mesma faça as devidas alterações, uma vez que, caso no momento do sinistro o segurado não comprove a qualidade de profissional liberal ou autônomo, este não terá direito ao Capital Segurado contratado para esta garantia.

2.3 Esta garantia poderá ser oferecida sob a forma de duas modalidades, devendo a escolha ser feita pelo estipulante no momento da contratação do seguro e estar definida no contrato.

a) Modalidade 1: No caso de ocorrência de sinistro, o beneficiário fará jus ao Capital Segurado contratado, sendo este pago de uma só vez, a fim de quitar a dívida;

b) Modalidade 2: No caso de ocorrência de sinistro, o beneficiário fará jus ao recebimento de um valor mensal, a fim de quitar parcelas da dívida, limitado a quantidade de parcelas contratadas, desde que comprove, mensalmente, a manutenção da situação de incapacidade.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O Período de Carência será de no mínimo 15 (quinze) dias, a ser estabelecido contratualmente, limitado a metade do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

O Período de Carência, a critério da Seguradora, poderá ser reduzido.

Na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela (s) de sua tentativa, o Período de Carência será de 2 (dois) anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

O Período de Franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos.

Para cada evento o Período de Franquia, contado a partir da data do sinistro será deduzido do período indenizável.

O Beneficiário não terá direito a indenização se, em decorrência de um evento dos eventos cobertos, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao Período de Franquia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) Incapacidade causada por doenças preexistentes, de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta Individual de Adesão, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;

- b) Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da cobertura individual.
- c) Hospitalização para “check-up”;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos por este Plano de Seguros;
- f) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- g) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
 - Tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que ocorra nos dois primeiros anos de vigência da Apólice.
 - Epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza.
 - Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.
 - Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes.
- h) Síndrome do pânico;
- i) Estresse;
- j) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- k) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatoide e osteoartrose;
- l) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- m) 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;
- n) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- o) Cirurgias ortognatias e mamoplastias redutoras;
- p) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- q) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças

Osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- r) Envenenamento de caráter coletivo;
- s) Qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Na ocorrência de evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, além da documentação exigida no item 19.16 destas Condições Gerais, compete ao Estipulante e/ou ao(s) Beneficiário(s), tão logo seja do seu conhecimento, apresentar os seguintes documentos:

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade, é válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela seguradora;
- b) Cópia simples Exame(s) médicos comprobatórios e complementares da lesão/doença;
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: Última Declaração do Imposto de Renda, Recibo de pagamento autônomo, Carnê-leão acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada, Comprovante do pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada ou Inscrição na Prefeitura acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento;
- d) Cópia autenticada Laudo de teor alcóolico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- e) Cópia autenticada Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML).

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE
TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (PRIT-ACID)****1. OBJETIVO**

Garantir uma indenização ao beneficiário em caso de perda de renda do segurado por incapacidade física e temporária do segurado autônomo sem vínculo empregatício, causada por acidente, por prazo superior ao descrito nas Condições Contratuais do Seguro.

Considera-se “Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária” aquela pela qual o segurado fique comprovadamente impossibilitado, contínua e ininterruptamente, para exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar em tratamento médico, desde que respeitado o período de franquia estabelecido no contrato.

2. GARANTIA DO SEGURO

2.1 Para ter direito a esta Garantia é necessário que o segurado seja profissional liberal ou autônomo, sem vínculo empregatício, e que tenha comprovação de renda por CCM (Cadastro de Contribuinte Mobiliário), declaração de imposto de renda ou guias de recolhimento de imposto de renda – carnê leão, conforme limite de idade estabelecido nas condições contratuais e que esteja em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2.2 Caso o segurado deixe de ser um profissional sem vínculo empregatício, a mudança deverá ser informada à Seguradora, para que a mesma faça as devidas alterações, uma vez que, caso no momento do sinistro o segurado não comprove a qualidade de profissional liberal ou autônomo, este não terá direito ao Capital Segurado contratado para esta garantia.

2.3 Esta garantia poderá ser oferecida sob a forma de duas modalidades, devendo a escolha ser feita pelo estipulante no momento da contratação do seguro e estar definida no contrato.

a) Modalidade 1: No caso de ocorrência de sinistro, o beneficiário fará jus ao Capital Segurado contratado, sendo este pago de uma só vez, a fim de quitar a dívida.

b) Modalidade 2: No caso de ocorrência de sinistro, o beneficiário fará jus ao recebimento de um valor mensal, a fim de quitar parcelas da dívida, limitado a quantidade de parcelas contratadas, desde que comprove, mensalmente, a manutenção da situação de incapacidade.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não se aplica Período de Carência para esta Garantia, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela (s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

O Período de Franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos.

Para cada evento o Período de Franquia, contado a partir da data do sinistro será deduzido do período indenizável.

O Beneficiário não terá direito a indenização se, em decorrência de um evento dos eventos cobertos, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao Período de Franquia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Incapacidade causada por doenças;
- b) Incapacidade causada por lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
- c) Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da cobertura individual;
- d) Hospitalização para “check-up”;

- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos por este Plano de Seguros;
- f) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
 - Tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que ocorra nos dois primeiros anos de vigência da Apólice.
 - Epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza.
 - Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.
- g) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- h) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças 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;
- i) Envenenamento de caráter coletivo;
- j) Qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Na ocorrência de evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, além da documentação exigida no item 19.16 destas Condições Gerais, compete ao Estipulante e/ou ao(s) Beneficiário(s), tão logo seja do seu conhecimento, apresentar os seguintes documentos:

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade; é válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela seguradora;
- b) Cópia simples Exame(s) médicos comprobatórios e complementares da lesão/doença;
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: Última Declaração do Imposto de Renda, Recibo de pagamento autônomo, Carnê-leão acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada, Comprovante do pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento acrescido do documento que comprove

- a atividade desempenhada ou Inscrição na Prefeitura acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento;
- d) Cópia autenticada Laudo de teor alcóolico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
 - e) Cópia autenticada Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML).

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL
POR DOENÇA (ILPD)****1. OBJETIVO**

Garante a indenização ao(s) beneficiário(s), em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total decorrente de doença do Segurado, desde que requerida, nos casos em que for comprovada através de declaração médica, exames complementares e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) – ensejando a sua aposentadoria, após o início de vigência e devidamente comprovado pelo documento de concessão do benefício, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 5 das Condições Especiais do Seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O Período de Carência será de no mínimo 180 (cento e oitenta) dias, a ser estabelecido contratualmente, limitado a metade do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

O Período de Carência, a critério da Seguradora, poderá ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela (s) de sua tentativa, o Período de Carência será de 2 (dois) anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

Não haverá Período de Franquia para esta Garantia.

4. RISCOS COBERTOS

4.1 Considera-se invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

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

4.3 Para fins deste seguro, a atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas Condições Contratuais do Seguro.

4.4 Para fins desta cobertura, se fazem necessário a comprovação da aposentadoria do Segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data da inclusão do Segurado na Apólice e que o Segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, consideram-se também riscos excluídos:

- a) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) Pessoas que não exerçam atividade laborativa.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Na ocorrência de evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, além da documentação exigida no item 19.16 destas Condições Gerais, compete ao Estipulante e/ou ao(s) Beneficiário(s), tão logo seja do seu conhecimento, apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia simples do Termo ou da Carta de Concessão da Aposentadoria do INSS;
- b) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: Última Declaração do Imposto de Renda, Recibo de pagamento autônomo, Carnê-leão acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada, Comprovante do pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada ou Inscrição na Prefeitura acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento;
- c) Cópia simples do comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite/comprovante de pagamento ou ficha de rescisão contratual;
- d) Relatório Médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados, bem como a data de caracterização da invalidez. É válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela seguradora;
- e) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

7.1 O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Garantia, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.2 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o conceito coberto por esta Garantia.

7.3 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

7.4 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

7.5 As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

7.6 As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

7.7 Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, seu pagamento exclui o segurado da apólice. Não restando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e das Condições Especiais.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE
TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER
CAUSA (IFPDA)****1. OBJETIVO**

Garantir ao Beneficiário, desde que este o requeira, o pagamento antecipado de 100% do Capital Segurado referente à garantia básica de morte por qualquer causa, em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

A perda da existência independente é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônômicas do Segurado, comprovado na forma definida nesta Condição Especial.

2. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será igual ao definido para a Garantia Básica de Morte por qualquer Causa.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O Período de Carência será de no mínimo 180 (cento e oitenta) dias, a ser estabelecido contratualmente, limitado a metade do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

O Período de Carência, a critério da Seguradora, poderá ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela (s) de sua tentativa, o Período de Carência será de 2 (dois) anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

Não haverá Período de Franquia para esta Garantia.

4. RISCOS COBERTOS

4.1 Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total por doença do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros.
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés.
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

j) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis;

4.2 O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade.

4.3 A 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).

4.4 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.

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

4.6 Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

4.8 Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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 morbididade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	2
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.	2
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	8

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; deambula 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.	0
	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 hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	0
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas 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 autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	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 diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) Para as Apólices destinadas a trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais/profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

Na ocorrência de evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, além da documentação exigida no item 19.16 destas Condições Gerais, compete ao Estipulante e/ou ao(s) Beneficiário(s), tão logo seja do seu conhecimento, apresentar os seguintes documentos:

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
- b) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

7.1 O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento da Indenização para esta Garantia, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.2 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o Risco Coberto por esta Garantia.

7.3 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

7.4 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

7.5 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.

7.6 As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

7.7 As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições destas Condições Especiais.