



CAPEMISA

SEGURADORA

SEGURO PRESTAMISTA
FAIXA ETÁRIA

CONDIÇÕES GERAIS

Processo SUSEP nº. 15414.901878/2013-01

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. GARANTIAS DO SEGURO	11
4. RISCOS EXCLUÍDOS	12
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	13
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	13
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	13
8. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	15
9. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS	17
10. OBRIGAÇÕES	18
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	20
12. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	21
13. CAPITAL SEGURADO.....	21
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO	22
15. APLICABILIDADE DE JUROS	23
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO	24
17. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR FAIXA ETÁRIA	27
18. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO	29
19. REAVALIAÇÃO DA TAXA.....	29
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	30
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	31
22. PERDA DE DIREITO	34
23. BENEFICIÁRIOS	35
24. REGIME FINANCEIRO.....	36
25. SUB-ROGAÇÃO.....	36
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	36
27. RATIFICAÇÃO	36

28. FORO.....	36
29. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	36
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA (MQC).....	38
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR ACIDENTE (MA).....	40
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	43
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)	47
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (PRIT-ACID)	50
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT).....	53
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	57
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA GARANTIA BÁSICA MORTE POR QUALQUER CAUSA (IFPDA).....	61

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

2.1 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:

a) Incluem-se neste conceito:

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

b) Excluem-se deste conceito:

- b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-

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

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "Invalidez Acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no subitem 2.1.

2.2 Aceitação

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

2.3 Aditivo

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

2.4 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.

2.5 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.

2.6 Apólice de Seguro

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

2.7 Atividade Laborativa

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

2.8 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.

2.9 Beneficiário

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

2.10 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.

2.11 Cancelamento

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

2.12 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.

2.13 Carregamento

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

2.14 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.

2.15 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.

2.16 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.

2.17 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.

2.18 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.

2.19 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.

2.20 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).

2.21 Data do Evento

É data da ocorrência do Evento (Risco Coberto).

2.22 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.

2.23 Doença ou Lesão Preexistente

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

2.24 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.

2.25 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.

2.26 Estorno de Prêmio

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

2.27 Evento

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

2.28 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.

2.29 Garantia

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

2.30 Grupo Segurado

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

2.31 Grupo Segurável

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

2.32 Indenização

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

2.33 Índice de Sinistralidade

É o coeficiente ou porcentagem 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.

2.34 Início de Vigência

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

2.35 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.

2.36 Laudo Médico

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

2.37 Liquidação de Sinistro

É o processo para pagamento da indenização ao Segurado.

2.38 Migração de Apólices

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

2.39 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.

2.40 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.

2.41 Período de Cobertura

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

2.42 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.

2.43 Prêmio

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

2.44 Prêmio Comercial

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

2.45 Prêmio Puro

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

2.46 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.

2.47 Proponente

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

2.48 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.

2.49 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.

2.50 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.

2.51 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.

2.52 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.

2.53 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.

2.54 Riscos Excluídos

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

2.55 Segurado

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

2.56 Segurado Prestamista

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

2.57 Segurado Principal

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

2.58 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.

2.59 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.

2.60 Sinistro

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

2.61 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.

2.62 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.

2.63 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 (%).

2.64 Vigência

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

2.65 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 As Garantias Básicas oferecidas por este Seguro são:

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

3.4 A Garantia Adicional oferecida por este Seguro é:

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

3.5 A contratação da **Garantia Adicional Invalidez Funcional Permanente por Doença como 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 Básicas e da Garantia Adicionais deste Seguro, 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) atos ou operações de guerra, declaradas ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
- c) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta Individual de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- d) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro;
- e) danos morais;
- f) para portadores de deficiência física:
 - i. lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, evidentemente relacionadas, direta ou indiretamente, a causa da deficiência física e/ou às suas repercussões;
 - ii. as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, 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, preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão.
- g) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- k) nos seguros contratados por pessoa jurídica, atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- l) sequestro ou tentativa de sequestro;
- m) participação em disputas ou duelos, exceto se provier da prestação de serviço militar, de atos de humanidade em auxílio de outrem ou da prática de esportes.

- 4.2 A Seguradora não se eximirá ao pagamento do Capital Segurado, 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 Estão também excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro.**
- 4.4 Nos Seguros contratados por pessoas jurídicas, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes.**

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 desse Seguro haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.
- 6.2** Os prazos de carência e períodos de franquias, quando previstos pelo plano de Seguro, constarão na Condição Contratual e na Proposta Individual de Adesão.
- 6.3** Não se aplica a devolução ou resgate de prêmios em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente Seguro, que é regido por repartição simples.
- 6.4** Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.
- 6.5** Poderá ser definido nas Condições Contratuais período de carência de até 2 anos, para qualquer Garantia, exceto para os casos de acidente.
- 6.6** O prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto no certificado individual, exceto para os casos de suicídio, conforme disposto no subitem 6.1.

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, conforme disposto no subitem 7.7, 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 7.17.1, 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 22.2.1 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 posterior. 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 conseqüente 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; e
- 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.

10.3 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.
- 10.4** Comunicada pelo Estipulante ou Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, conforme alínea “m” do subitem 10.1, ou o subitem 10.3.3, 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.
- 10.5** O cancelamento mencionado no subitem 10.4 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.

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, conforme definido nas Condições Contratuais e prevalecerá durante toda a vigência do certificado individual:
- a) Valor fixo, limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso; ou
- b) Variável igual ao saldo devedor da dívida ou do compromisso assumido com o Estipulante, conforme definido em contrato específico.
- c) 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:

- Para a Garantia de Morte por Qualquer Causa, considera-se data de ocorrência do Sinistro, a data da morte do Segurado.
- Para a Garantia de Morte Acidental, considera-se data de ocorrência do Sinistro, a data da morte do Segurado.
- Para a Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente, considera-se data de ocorrência do Sinistro, a data do acidente.
- Para a Garantia de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, considera-se data de ocorrência do Sinistro, em caso de cumprimento de aviso prévio, o dia anterior a data da comunicação do aviso prévio pelo empregador ao empregado, e em caso de dispensa do cumprimento de aviso prévio, o dia anterior a data de desligamento do segurado.
- Para a Garantia de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente, considera-se data de ocorrência do Sinistro, a data do acidente que gerou a incapacidade.
- Para a Garantia de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, considera-se data de ocorrência do Sinistro, a data do laudo médico atestando a incapacidade temporária.
- Para a Garantia Básica Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença, considera-se data de ocorrência do Sinistro, a data do laudo médico atestando a incapacidade permanente.
- Para a Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença como Antecipação da Garantia de Morte por Qualquer Causa, considera-se a data de ocorrência do Sinistro, 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.

- 14.3** 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.
- 14.4** 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.
- 14.5** 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, de acordo com as opções disponíveis no subitem 16.3, 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.
- 14.6** O critério de atualização ou recálculo estará definido no contrato.
- 14.7** 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.
- 14.8** 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.
- 14.9** 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

- 15.1** 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; ou
 - b) Não contributário, em que os Segurados não pagam prêmio.
- 16.3** Os prêmios serão pagos de forma única, mensal, trimestral, quadrimestral, semestral, anual ou de forma fracionada, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.
- 16.3.1** Os prêmios fracionados deverão obedecer às seguintes disposições:
- a) Os juros de fracionamento não poderão ser aumentados durante o período de parcelamento;
 - b) O fracionamento será efetuado sem qualquer custo adicional a título de despesas administrativas;
 - c) A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 16.4** Nos seguros com prêmio fracionado, o não pagamento de parcela subsequente à primeira implicará que o prazo de vigência da respectiva cobertura será ajustado pela relação do prêmio efetivamente pago com o do prêmio devido de acordo com a tabela a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365

70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

- 16.4.1** Para percentuais não previstos na tabela do item 16.4 desta cláusula deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.
- 16.4.2** A Seguradora deverá informar ao Segurado por meio de comunicação escrita o novo prazo de vigência ajustada.
- 16.4.3** Se, em decorrência da aplicação da tabela de prazo curto descrito no item 16.4, o novo período de vigência já houver expirado, a Seguradora cancelará o contrato, salvo disposição em contrário nas Condições Contratuais.
- 16.4.4** Se o novo prazo de vigência não houver expirado, a Segurado poderá restabelecer o pagamento do prêmio da parcela vencida, acrescida dos juros moratórios conforme disposto no item 15 dessas Condições Gerais, dentro desse novo prazo, ficando automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.
- 16.4.5** Findo o novo prazo de vigência ajustado, sem que tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, a Seguradora cancelará o contrato, exceto quando previstas disposições em contrário nas Condições Contratuais.
- 16.5** Na hipótese de o Segurado desejar antecipar o pagamento do prêmio fracionado total ou parcialmente, os juros pactuados serão reduzidos proporcionalmente.
- 16.6** Quando o valor das indenizações acarretar o cancelamento da apólice, as parcelas de prêmio vincendas serão deduzidas pela Seguradora, ocasião em que será excluído o adicional de fracionamento relativo a estas parcelas.
- 16.7** Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

- 16.7.1** A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
- 16.8** O plano prevê atualização monetária e juros por atraso no pagamento do prêmio.
- 16.9** 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.
- 16.9.1** 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.
- 16.9.2** 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.
- 16.10** Fica entendido e acordado que, no presente Seguro, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.
- 16.11** 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.
- 16.12** 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.
- 16.13** Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado serão acrescidos de juros moratórios de 1% a.m., ou sua equivalente diária.
- 16.14** A Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.
- 16.15** Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 14.2, a partir da data em que se tornarem exigíveis.
- 16.16** No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 16.12 serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.
- 16.17** 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.
- 16.18** A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora.

- 16.19** 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.
- 16.20** 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.
- 16.21** O pagamento de prêmios de Seguros efetuados por meio de desconto em folha será registrado em rubrica específica pela Seguradora.
- 16.22** Se o Segurado dispuser de mais de um Contrato de Seguro, os valores referentes a cada Contrato estarão discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for o previsto no subitem 16.12.
- 16.23** 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. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR FAIXA ETÁRIA

- 17.1** O prêmio das garantias de Morte por Qualquer Causa, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Garantia Básica de Morte, estipulado na data de início de vigência individual do Seguro será aquele estabelecido na Proposta Individual de Adesão, e, periodicamente, além do reajuste da atualização monetária, será reenquadrado em decorrência da mudança de faixa etária de cada Segurado, conforme definido nas Condições Contratuais.
- 17.2** No mês de aniversário do segurado que justifique deslocamento para outra faixa etária, o respectivo prêmio será automaticamente ajustado com o percentual da nova faixa etária.
- 17.3** Alternativamente, poderá ser estabelecido nas Condições Contratuais, outro critério de reenquadramento do prêmio por faixa etária.
- 17.4** Caso seja contratada a Tabela Padrão, os percentuais de reenquadramento serão:
- 17.4.1** Para as garantias Morte por Qualquer Causa e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação da Garantia Básica de Morte:

Tabela Padrão		
Faixas Etárias	Morte por Qualquer Causa (MQC)	Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação da Garantia Básica de Morte (IFPDA)
Até 35	-	-
36 a 40	20,65%	24,22%
41 a 45	70,27%	62,09%
46 a 50	76,72%	86,86%
51 a 55	55,69%	68,53%
56 a 60	40,19%	52,48%
61 a 65	45,82%	45,96%
66 a 70	63,78%	50,37%
71 a 75	65,65%	54,25%
76 a 80	62,79%	56,45%

17.4.2 Para a garantia de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença:

Tabela Padrão	
Faixas Etárias	Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)
Até 19	-
20 a 24	222,73%
25 a 29	140,14%
30 a 34	87,39%
35 a 39	87,64%
40 a 44	93,91%
45 a 49	85,42%
50 a 54	82,63%
55 a 59	52,65%
60 a 64	33,99%
65 a 69	-19,46%
70 e mais	-35,10%

17.5 Caso não seja contratada a Tabela Padrão, os percentuais de reenquadramento serão os estabelecidos na tabela constante nas Condições Contratuais.

17.6 O percentual de aumento entre as idades constará das Condições Contratuais e será disponibilizado aos Proponentes quando da adesão ao Seguro.

18. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

18.1 A(s) taxa(s) deste Seguro será(ão) calculada(s) de acordo com as normas vigentes e de acordo com as taxas indicadas nas Condições Contratuais.

18.2 O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da Apólice, ficando sua redução a critério da Seguradora.

18.2.1 Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os Segurados da mesma Apólice Coletiva.

19. REAVALIAÇÃO DA TAXA

19.1 As taxas serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas.

19.2 O critério de reavaliação tomará por base a seguinte metodologia:

- I. Na data da reavaliação será apurada a sinistralidade média da carteira.
- II. Na data da reavaliação será apurado também a sinistralidade média do mercado conforme publicado no site da SUSEP.
- III. Comparar as sinistralidades médias da carteira e de mercado.
- IV. Calcular o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada.

19.3 Se o fator encontrado for superior a 1 e inferior a 1,5, será analisado o equilíbrio técnico-atuarial da carteira, podendo gerar reavaliação das taxas caso seja verificada insuficiência na taxa praticada e o critério de reajuste será proposto com base na sinistralidade da carteira, nas informações do grupo segurado atual e nos respectivos Capitais Segurados.

19.4 Se o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada for superior a 1,5, o reajuste será proposto com base no próprio fator obtido.

19.5 O período para apuração da sinistralidade da carteira será dos últimos 24 meses anteriores à data da reavaliação.

19.6 A sinistralidade esperada será definida de acordo com os carregamentos previstos na Apólice, o IBNR (Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), e a Despesa Administrativa, acrescidos de, no mínimo, 10% de margem de segurança e lucro.

19.7 Quaisquer alterações nas taxas puras anuais, adotadas no plano, serão previamente submetidas à SUSEP.

19.8 Qualquer alteração das taxas de Seguro, por 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.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

20.1 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.

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

20.3 O Contrato de Seguro pode ser rescindido 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.

20.4 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca.

20.4.1 A sociedade Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;

20.4.2 Quando adotado o fracionamento do Prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a sociedade Seguradora poderá reter, além dos emolumentos, o Prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto do item 16.4.

20.5 Em caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20.6 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.

20.7 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.

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

20.9 As Garantias previstas por este plano de Seguro cessarão automaticamente para o Segurado Principal:

- a) com o cancelamento da Apólice;
- b) no caso de o segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, conseqüentemente do grupo segurável;
- c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da Apólice deste Seguro;
- 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.

20.10 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.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1 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 21.15 destas Condições Gerais.

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

21.2.1 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.

21.2.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 21.2 e 21.2.1, implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

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

21.3 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.

21.4 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.

- 21.4.1** 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, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 21.4.2** 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.
- 21.4.3** 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.
- 21.5** 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.
- 21.6** Os prazos prescricionais referentes a este Seguro são aqueles previstos pela legislação.
- 21.7** 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.
- 21.8** 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.
- 21.9** 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.
- 21.10** As Garantias de Invalidez garantidas no presente Contrato devem ser comprovadas através de declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 21.10.1, 21.10.2 e 21.10.3 posteriores.
- 21.10.1** 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.
- 21.10.2** 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.
- 21.10.3** 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.
- 21.11** A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.
- 21.12** É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

21.13 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.

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

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

21.16 Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:

a) Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Beneficiário(s) (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do(s) Beneficiário(s) do Seguro ou de seu representante legal (cópia simples);
- 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 (cópia simples);
- No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu representante legal;
- No caso de Companheiro(a), encaminhar 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 (cópia simples);
- 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; (cópia simples);
- 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 (cópia simples);
- Comprovante bancário (espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário legível) de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente ou poupança para crédito em nome do favorecido ou menor representado (cópia simples);

b) Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Beneficiário(s) (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do(s) Beneficiário(s) do Seguro ou de seu representante legal (cópia simples);
- 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 (cópia simples);

- No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu representante legal;
- 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 (cópia simples);
- Certidão de Casamento do(a) cônjuge atualizada e com averbação do óbito do Segurado(a); (cópia simples);
- No caso de Companheiro(a), encaminhar 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 (cópia simples);
- 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; (cópia simples);
- 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 (cópia simples);
- Comprovante bancário (espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário legível) de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente ou poupança para crédito em nome do favorecido ou menor representado (cópia simples);

22. PERDA DE DIREITO

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

22.2 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.

22.2.1 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; ou

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.

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

22.4 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.

22.5 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.

22.5.1 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.

23. BENEFICIÁRIOS

23.1 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.

23.2 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.

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

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

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

23.6 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.

23.7 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.

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

23.9 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 suspensão.

24. REGIME FINANCEIRO

24.1 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.

24.2 O prêmio a ser restituído nas hipóteses do item anterior será atualizado de IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo, conforme estabelecido no subitem 16.9.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. FORO

28.1 Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do Contrato de Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste Contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

28.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 27.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

29.3 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.

29.4 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.

29.5 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

- 1.1 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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Os riscos excluídos referentes a esta garantia estão mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais.

4. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 4.1 As indenizações por Morte e Invalidez Permanente 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 deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 5.1 Na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
 - Certidão de óbito (cópia autenticada);
 - Certidão de casamento (atualizada pós óbito) e se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia simples);
 - Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
 - Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);

- Cópia do documento que comprove a dívida contraída;
- Cópia do último demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado.

Para pagamento ao Estipulante/PJ, deverá ser apresentado:

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

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

- 1.1 Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, conforme definido no subitem 2.1 das Condições Gerais.

2. CAPITAL SEGURADO

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

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1 Além dos riscos mencionados no subitem 2.1 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 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.

5. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

5.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, compete ao Estipulante e/ou aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia simples);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML (cópia simples);
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH (cópia simples);
- CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho "para o caso de acidente na empresa" (cópia simples);
- Laudo Cadavérico do IML, quando houver (cópia simples);
- Certidão de óbito (cópia autenticada);
- Certidão de casamento (atualizada pós óbito) e se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
- Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Cópia do documento que comprove a dívida contraída;
- Cópia do último demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado.

Para pagamento ao Estipulante/PJ, deverá ser apresentado:

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

6. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

6.1. 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.

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

6.3 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.

6.4 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.

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

7.1 As indenizações por Morte por Acidente e por Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte.

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 DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1 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.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. 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 da tabela 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.

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

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

3.3. 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.

4. RISCOS EXCLUIDOS

4.1 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 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;

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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.

6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, compete ao Estipulante e/ou ao segurado, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CNPJ e reconhecimento de firma deste último (original);
- Relatórios médicos (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS (cópia simples);
- Exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado (cópia simples);
- Boletim de Ocorrência Policial, se houver (cópia simples);
- CNH - Carteira de Habilitação "no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente" (cópia simples);
- Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);

- Cópia do documento que comprove a dívida contraída;
- Cópia do último demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado;

Para pagamento ao Estipulante/PJ, deverá ser apresentado:

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

6.2 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, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como exclui o segurado da apólice.
- 7.9.** Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, 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, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela 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.

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.

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. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 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% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês.

- 3.1 Fica estabelecido que os profissionais liberais estão excluídos da Garantia Básica de Perda de Renda por Desemprego Involuntário.

4. CARÊNCIA

4.1 Para fins desta Garantia, fica estipulado que o prazo mínimo de carência será de 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, compete ao Estipulante e/ou ao segurado, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do “Aviso de Sinistro”, totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
- Termo de Rescisão Contratual devidamente homologada pelo TRT ou pelo sindicato e/ou Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) (cópia simples);
- Cópia da CTPS (página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado);
- Comprovante bancário “espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário” (cópia simples);
- Cópia da Via Marrom do requerimento de Seguro Desemprego protocolado pelo Ministério do Trabalho ou Caixa Econômica Federal;
- Cópia do comprovante de recebimento das parcelas do Seguro Desemprego;
- Cópia do documento que comprove a dívida contraída;
- Cópia do último demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado.

Para pagamento ao Estipulante/PJ, deverá ser apresentado:

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

5.2 A prova do desemprego é a cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo com CNPJ da empresa empregadora com assinatura e data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício e, ao final de cada mês de desemprego, em caso de contratação na forma da Modalidade 2.

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

- 1.2** 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.
- 1.3** 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.

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.

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. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1** Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 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 respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
- d) hospitalização para “check-up”;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- f) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por :
 - tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este 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.

3.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Condição Especial qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. FRANQUIA

- 4.1** Para cada evento a quantidade de dias de franquia, contada a partir da data do sinistro, que será deduzida do período indenizável, estará estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão.
- 4.2** O Período de franquia será no máximo de até 15 (quinze) dias ininterruptos.
- 4.3** O Segurado não terá direito à garantia se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, compete ao Estipulante e/ou ao segurado, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Prontuário médico comprovando a incapacidade temporária (cópia simples);
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- Exames complementares realizados (cópia simples);
- Documento comprobatório da invalidez, expedido pelo órgão oficial da previdência, (original);
- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH (cópia simples);
- Cópia do documento que comprove a dívida contraída;
- Cópia do último demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado;
- Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - i. Última Declaração do Imposto de Renda;
 - ii. Recibo de pagamento autônomo;
 - iii. Carnê-leão, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada;
 - iv. Comprovante do pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
 - v. Inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento).

Para pagamento ao Estipulante/PJ, deverá ser apresentado:

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

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

- 1.1 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.
- 1.2 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.

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.

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. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Incapacidade causada por doenças preexistentes, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta 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 respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva 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 pelo Seguro;
- 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 este 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;
- k) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- l) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;
- m) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- n) 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;
- o) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- p) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;
- q) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- r) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-

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

s) Envenenamento de caráter coletivo.

3.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Condição Especial qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. FRANQUIA

4.1 Para cada evento a quantidade de dias de franquia, contada a partir da data do sinistro, que será deduzida do período indenizável, estará estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão.

4.2 O Período de franquia será no máximo de até 15 (quinze) dias ininterruptos.

4.3 O Segurado não terá direito à garantia se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, compete ao Estipulante e/ou ao segurado, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Prontuário médico comprovando a incapacidade temporária (cópia simples);
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- Exames complementares realizados (cópia simples);
- Documento comprobatório da invalidez, expedido pelo órgão oficial da previdência, (original);
- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH (cópia simples);
- Cópia do documento que comprove a dívida contraída;

- Cópia do último demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado;
- Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - i. Última Declaração do Imposto de Renda;
 - ii. Recibo de pagamento autônomo;
 - iii. Carnê-leão, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada;
 - iv. Comprovante do pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
 - v. Inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento).

Para pagamento ao Estipulante/PJ, deverá ser apresentado:

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

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

- 1.1 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

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

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1 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.
- 3.2 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.
- 3.3 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.
- 3.4 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).

4. CARÊNCIA

O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir da data de inclusão do Segurado na Apólice.

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 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 qualquer atividade laborativa.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, compete ao Estipulante e/ou ao segurado, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- 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 (cópia simples);
- 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);
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- Termo ou a carta de concessão da Aposentadoria do INSS (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- Cópia do documento que comprove a dívida contraída;
- Cópia do último demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado;
- Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - i. Última Declaração do Imposto de Renda;
 - ii. Recibo de pagamento autônomo;
 - iii. Carnê-leão, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada;
 - iv. Comprovante do pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou

- v. Inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento).

Para pagamento ao Estipulante/PJ, deverá ser apresentado:

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

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 Permanente Total, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como exclui o segurado da apólice.
- 7.8** Não restando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, 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 MORTE POR QUALQUER CAUSA (IFPDA)**1. OBJETIVO**

1.1. 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.

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1 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;

- i. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - ii. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - iii. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - iv. 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:
- i. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - ii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - iii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2 Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de 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.

3.3 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.

3.4 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).

3.5 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.

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

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

3.8 A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.9 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 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.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se 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.	00
	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.	00

	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontuação
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

4. CARÊNCIA

- 4.1 Para fins desta Garantia, fica estipulado que o prazo mínimo de carência será de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do Seguro. Assim, não terá direito à indenização o Segurado que for acometido por doença coberta durante o prazo de carência.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:
- 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;
 - doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
 - 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

6.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, compete ao Estipulante e/ou ao segurado, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- 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);
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- Cópia do documento que comprove a dívida contraída;
- Cópia do último demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado.

Para pagamento ao Estipulante/PJ, deverá ser apresentado:

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

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 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.
- 7.8 Desde que efetivamente comprovada, por ser a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença uma antecipação da garantia básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como exclui o segurado da apólice.
- 7.9 Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, 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.