



ASSURANT SEGURADORA S.A

Condições Gerais Seguro Proteção Total

Coletivo

Ramo: 0977 – Pessoas Coletivo – Prestamista



1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as **Condições Gerais** do seu seguro **Proteção Total**, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão considerados em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Este seguro é da MODALIDADE I – Capital Segurado Fixo: modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.

A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

Mediante a contratação do seguro, o Estipulante aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.

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

Para os casos não previstos nestas CONDIÇÕES GERAIS serão aplicadas as leis que regem os SEGUROS no Brasil.

2. DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão da linguagem utilizada, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante destas Condições Gerais.

2.1. 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 a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.1.1. Incluem-se, ainda, no conceito de Acidente Pessoal:

- a) O 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.

2.1.2. Para fins deste seguro, excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) **As doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- c) **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 acidente pessoal, descrita nestas definições.**

2.2. Apólice

É o documento emitido pela Seguradora através do qual está formalizada a aceitação do seguro solicitado pelo Estipulante, definindo os valores e as condições pactuadas nessa aceitação.

2.3. Aviso de Sinistro

É a comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante, Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

2.4. Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica designada livremente pelo Segurado para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro coberto.

2.5. Boa Fé

É o princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro.

2.6. Capital Segurado

É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro.



2.7. Carência

É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.8. Carregamento

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

2.9. Certificado Individual

É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual está definida as coberturas contratadas.

2.10. Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.11. Condições Especiais

É o conjunto de cláusulas contratuais suplementares às Condições Gerais, que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.12. Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

2.13. Corretor

É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

O Corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

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 SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2.14. Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.15. Custeio do Seguro

De acordo com a opção do Estipulante, ratificada no Contrato do Seguro, o custeio poderá ser:



- a) Contributário: em que os Segurados Principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.
- b) Não Contributário: em que os Segurados Principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

2.16. Doenças ou Lesões Preexistentes e Suas Consequências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de adesão.

2.17. Endosso

É o documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

2.18. Evento Coberto

É o acontecimento futuro, involuntário, possível, incerto e de natureza súbita, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

2.19. Estipulante

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

2.20. Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

2.21. Garantias

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, mediante o pagamento do prêmio de seguro, quando da ocorrência de um evento coberto.

2.22. Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.23. Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.24. Hospital

São os estabelecimentos legalmente habilitados, constituídos e licenciados no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico de seus pacientes.



2.25. Início de Vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

2.26. Internação Hospitalar

Caracteriza-se Internação Hospitalar do Segurado a internação com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

2.27. Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

2.28. Migração de Apólices

É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.29. 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.

2.30. Período de Cobertura

É aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.31. Prêmio

É o valor pago à Seguradora, correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro, para que esta assuma a responsabilidade pelas garantias contratadas.

2.32. Proponente

É a pessoa física que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação formal pela Seguradora.

2.33. Proposta de Adesão

É o documento com a 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.

2.34. Regulação do Sinistro

Trata-se do processo de avaliação das causas, consequências e circunstâncias do sinistro e do direito à indenização.

2.35. Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.



2.36. Saldamento

É o direito à manutenção da cobertura com redução proporcional do capital segurado contratado na eventualidade da interrupção definitiva do pagamento dos prêmios.

2.37. Segurado

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

2.38. Segurado Principal

É o Segurado que mantém vínculo com o estipulante, responsável pelas declarações constantes da proposta de adesão ao seguro.

2.39. Segurado Dependente

É o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado principal, devidamente comprovado nas formas da Lei, desde que não sejam seguráveis como segurados Principais, quando incluídos no certificado de seguro.

2.40. Seguradora

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.41. Sinistro

É a ocorrência do risco coberto previsto contratualmente, durante o período de vigência do plano.

2.42. Vigência da Apólice

É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

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.

Para este tipo de seguro, por se tratar de Regime Financeiro de repartição simples, não está prevista a devolução de prêmios ou provisões técnicas de seguro ao segurado, ao beneficiário ou à estipulante do seguro.

2.43. Vigência da Cobertura Individual

É o período em que o Segurado ou seus beneficiários está coberto pelas garantias deste seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

Este Seguro tem por objetivo garantir a amortização e/ou quitação de eventual dívida contraída pelo segurado junto ao estipulante, até o limite dos respectivos capitais segurados, os prejuízos resultantes da ocorrência de eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às condições contratuais.**



4. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro podem ser divididas em básicas e adicionais e estarão definidas nas respectivas Condições Especiais. As garantias contratadas estarão devidamente descritas no Contrato e no Certificado Individual do Seguro.

É obrigatória a contratação de pelo menos uma das garantias básicas.

4.1. Garantias Básicas:

- a) Morte Qualquer Causa;
- b) Morte Acidental;

4.2. Garantias Adicionais:

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente;
- b) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença
- c) Perda de Renda
- d) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença;
- e) Doenças Graves

Este SEGURO não admite a acumulação de coberturas, ou seja, a soma do pagamento da INDENIZAÇÃO não poderá exceder a valor máximo do CAPITAL SEGURO contratado no certificado individual.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos decorrentes de:

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de rebelião, de revolução, agitação, motim, invasão, hostilidades, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**



- d) Doenças e/ou condições preexistentes à contratação do seguro não declaradas na proposta de adesão, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto no seguro;
- e) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) Suicídio ou tentativa de suicídio nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;
- g) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo;
- h) Participação do Segurado em combates ou qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, exceto na prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) Lesão intencionalmente auto infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, desde que ocorra nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.

5.1 Exclusão para Atos Terroristas

Não estão cobertos danos e perdas causadas direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

É facultada a fixação de carência e franquia para as garantias deste seguro, desde que estabelecido no Contrato.

- 6.1. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro.

O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado.

- 6.2. Caso o grupo Segurado seja transferido para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.



7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As garantias do seguro previstas nesta cláusula aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

8. CONTRATAÇÃO

Este seguro foi desenvolvido para ser contratado por grupo segurável tal como definido no item 2.23 destas Condições Gerais.

8.1. A apólice é emitida com base nas declarações prestadas pelo Estipulante para a confecção da proposta de seguro. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

8.2. Se for constatado que o grupo Segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a Seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas. Na hipótese do Estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

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

8.3. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o Estipulante deverá solicitar à Seguradora, por escrito, dentro do prazo de 2 (dois) meses a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

9. INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão de Segurados far-se-á da seguinte forma, conforme definido no Contrato:

- a) Automática, quando o Seguro abranger todos os componentes do Grupo Segurável;
- b) Facultativa, quando o Seguro abranger somente os componentes do Grupo Segurável que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

10. CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com a opção do Estipulante, ratificada no Contrato do Seguro, o custeio poderá ser:

- a) Contributário: em que os Segurados Principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.



- b) Não Contributário: em que os Segurados Principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

11. ACEITAÇÃO

- 11.1 A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 11.2 A Seguradora terá o prazo máximo de 15 dias corridos para aceitar ou recusar o risco e/ou suas alterações. O prazo é contado a partir da entrada da proposta na Seguradora.
- 11.3 A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco poderá ser feita apenas uma vez durante este prazo.
- a) No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco o prazo de 15 dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 11.4 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Será considerada automática, caso não haja manifestação em contrário durante o prazo de 15 dias.
- 11.5 Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a Seguradora enviará uma comunicação formal com as devidas justificativas da recusa.
- 11.6 No caso de não aceitação de seguro, em que já tenha havido pagamento total do prêmio à Seguradora, os valores pagos serão devolvidos no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos da formalização da recusa, deduzido da parcela "pro-rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a garantia. O período que compreende entre a data de recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa o segurado terá pleno direito ao seguro.
- 11.7 Caso o prazo de 10 (dez) dias seja ultrapassado, o prêmio a que se refere o item 11.6, será atualizado monetariamente desde a data do seu recebimento pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva devolução do prêmio.
- 11.8 Na hipótese da extinção do índice pactuado no item 11.7, deverá ser utilizado o INPC/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
-



11.9 A aceitação ou renovação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue ao segurado e conterá, no mínimo, os elementos essenciais, conforme legislação vigente.

11.10 A proposta de adesão somente será considerada válida se o proponente atender, simultaneamente, às duas condições abaixo:

- a) Estar com idade compreendida no intervalo de faixa etária, para inclusão do Segurado principal e/ou do cônjuge/companheiro (a) como Segurado dependente, que será definida no Contrato de Seguro;
- b) Estar gozando de boa saúde e apto a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

12. VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

O início e término de vigência do seguro de cada segurado serão definidos nas condições contratuais do seguro.

Para os casos de propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora ou de outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento total do prêmio o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.

Havendo repactuação do prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada de que:

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

II – se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará, no prazo de 15 dias, quanto ao interesse ou não da extensão da vigência do seguro.

13. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

A vigência do seguro será discriminada no Contrato, sendo renovada automaticamente, uma única vez. A renovação automática não se aplica aos Estipulantes ou à sociedade seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.



Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo Estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

14. CAPITAL SEGURADO

De acordo com o Contrato, o Capital Segurado será:

- a) Valor Fixo: O Capital Segurado, no momento da ocorrência do sinistro, será igual ao valor estabelecido no Contrato e no certificado de seguro;

15. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

Os Capitais Segurados e os prêmios relativos a este Seguro serão corrigidos anualmente ou em periodicidade menor, desde que exista permissão da legislação em vigor, pelo IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, tomando-se por base o índice anual acumulado até o segundo mês anterior ao da renovação do Seguro.

Na hipótese da extinção do índice pactuado deverá ser utilizado o INPC/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O índice e a periodicidade de correção poderão, com anuência do Segurado, ser alterados por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

16. CANCELAMENTO E REABILITAÇÃO

16.1 O não pagamento do prêmio único do seguro por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais acarretará o cancelamento do certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura.

16.2 Para os seguros com prêmios mensais, decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura será automaticamente suspensa por um período máximo de 60 (sessenta) dias, sujeitando o Segurado e o Estipulante ou sub-estipulante às cominações legais. Se ocorrer um sinistro, o Segurado ou os beneficiários ficarão sem direito a receber indenização por quaisquer das garantias contratadas.



- 16.3 Depois de decorrido o período de suspensão, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.
- 16.4 A Seguradora enviará correspondência ao Estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o Estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.
- 16.5 A reabilitação do certificado individual dar-se-á a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio mensal, respondendo a Seguradora, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.
- 16.6 O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes e deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio poderá ser feito de forma única ou mensal, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais. Para garantir o direito à cobertura, o Estipulante ou o Segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do Seguro até a data de vencimento.

- 17.1 Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Estipulante ou Segurado poderá efetuar o pagamento no 1º (primeiro) dia útil após tal data, sem que haja suspensão de suas garantias.
- 17.2 A periodicidade da cobrança e a forma de custeio serão definidas no Contrato e no certificado de seguro.
- 17.3 Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 17.4 Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.



18. REAJUSTE DO PRÊMIO

Em caso de prêmio mensal, este será recalculado semestralmente em função das alterações ocorridas no grupo Segurado naquele período. A Seguradora reserva-se o direito de reajustar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao Estipulante, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo Segurado que possa influir na taxa alterando-a em mais de 10% (dez por cento).

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

19. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

Os prêmios do seguro serão reavaliados periodicamente, a fim de manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, tendo como base a experiência desde o início de vigência da apólice. Caso seja verificada sinistralidade superior a Sinistralidade Esperada, o prêmio para novas vendas poderá ser reajustado, com prévio aviso ao Estipulante ou Segurado, pela seguinte fórmula:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \frac{\text{PRÊMIO ATUAL} \times \left(\frac{\text{SINISTROS RETIDOS}}{\text{PRÊMIOS GANHOS}} \right)}{\text{Sinistralidade Esperada}}$$

ONDE: $\left(\frac{\text{SINISTROS RETIDOS}}{\text{PRÊMIOS GANHOS}} \right) = \text{SINISTRALIDADE}$

19.1 A Sinistralidade Esperada poderá variar de acordo com o contrato, estando, esta, definida no Contrato de Seguro.

19.2 Os Prêmios Ganhos referem-se aos valores efetivamente pagos pelo Estipulante (prêmios recebidos), conforme apontado nas faturas mensais, descontados os cancelamentos e a variação de reserva de prêmios não ganhos. Aos prêmios recebidos são descontados os valores referentes aos impostos, comissão, pró-labore, marketing, resseguro e operacionalização do seguro.

19.3 Os Sinistros Retidos referem-se aos sinistros pagos, mais os sinistros avisados (reserva de sinistro a liquidar), mais a reserva de IBNR (provisão de sinistros ocorridos mas não avisados) acumulados até o período.



19.4 Em função do resultado obtido, caso não haja acordo entre as partes quanto à reavaliação do prêmio, não serão permitidas novas adesões.

19.5 Para os seguros contributários, o prêmio dos segurados vigentes só poderá ser reajustado mediante anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

20. COMUNICAÇÕES

As comunicações do Segurado ou Estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito ou via Central de Atendimento da Seguradora.

20.1 As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 São Obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- 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. Caso haja atraso no pagamento de prêmio, haverá cobrança de juros por atraso, conforme definido no Contrato do seguro;
- 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, bem como número do Processo SUSEP do seguro contratado, 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, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o número do Processo SUSEP e percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

21.2 É vedado ao estipulante e ao sub-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.

21.3 A propaganda e a promoção do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas do seguro.

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

22. CANCELAMENTO DO SEGURO

O seguro poderá ser cancelado caso:

- a) O Estipulante deixe de efetuar o pagamento de prêmio à Seguradora conforme item 22;
- b) Mediante acordo entre as partes, desde que respeitado o período mínimo de 60 (sessenta) dias, e desde que haja a anuência de no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.



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

23. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

O Segurado é obrigado a comunicar a Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé.

23.1. A Seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro.

23.1.2. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação.

23.1.2.1. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao Segurado, corrigida pela variação positiva do IPCA/IBGE “pró-rata tempore” até a data do efetivo pagamento.

23.2 A cobertura de qualquer certificado individual cessa, ainda:

- a) Quando o segurado solicitar o cancelamento do seguro;
- b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- c) Com o término de vigência do certificado individual de seguro;
- d) Em caso de cancelamento da Apólice;
- e) Quando a obrigação for extinta;
- f) Com a exclusão do Segurado da apólice, por falta de pagamento do prêmio;
- g) Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado. Neste caso a seguradora deve ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;
- h) Quando a soma das indenizações amparadas pelo seguro atingir o Capital Segurado Máximo.

23.3 Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada Segurado dependente cessa:

- a) Se o Segurado principal deixar o grupo Segurado;
- b) Com a morte do Segurado principal;
- c) No caso de cessação da condição de dependente.



24. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O Segurado perderá o direito à indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão que tenham influenciado na aceitação do seguro e no cálculo do prêmio;
- b) Inobservância das obrigações convencionadas na apólice, que acarretem agravação intencional do risco coberto;
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências;
- d) Por qualquer meio ilícito, procurar obter benefícios do contrato de seguro.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

24.1 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 continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

24.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

24.3 Na hipótese de ocorrência de 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.

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.

A sociedade 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 sua decisão de cancelar o



seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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.

25. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo o sinistro, desde que o Seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como risco excluído, o Segurado/beneficiário deverá entrar imediatamente em contato com o estipulante ou com a Seguradora pela Central de Atendimento, para a obtenção das informações necessárias ao encaminhamento dos documentos referentes ao sinistro, de acordo com cada cobertura, conforme definido nas Condições Especiais deste seguro.

25.1 Atenção:

- a) Os documentos deverão ser apresentados em original ou cópia autenticada;
- b) O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
- c) As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

25.2 Após a entrega da documentação completa, exigida e necessária para regulação do sinistro, a indenização devida deverá ser paga em até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega na Seguradora do último documento exigido.

25.3 Após este prazo são devidos:

- a) Juros moratórios a partir do último dia previsto para o pagamento. A taxa será a referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, acumulada mensalmente, até o último dia do mês anterior ao do efetivo pagamento, e de 1% (um por cento) no mês de efetivo pagamento;
 - i) Na falta da taxa SELIC, os juros moratórios serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.
- b) Atualização monetária com base na variação (se positiva) apurada entre o último índice do IPCA/IBGE publicado antes da data do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.



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

25.4 Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

25.5 A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer outros documentos além daqueles constantes nas condições especiais do produto, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso a contagem de prazo para liquidação será suspensa, e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem entregues à Seguradora todos documentos exigidos.

26. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) à Seguradora dos documentos básicos abaixo indicados, além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

26.1. Para qualquer sinistro

a) Formulário de Aviso de sinistro, disponibilizado pela Seguradora e devidamente preenchido em todos os seus campos.

26.2. Documentos do Segurado

a) Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor (es) de 18 anos;

b) CPF do Segurado;

c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;

d) Comprovante de residência do Segurado.

26.3. Documentos do(s) Beneficiário(s):

a) Comprovantes de endereço, CNPJ do Beneficiário Estipulante;

b) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, da dívida ou compromisso assumido com o Estipulante, devidamente registrada, assinada e datada;

c) Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Estipulante;

d) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos, se houver saldo;

e) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário (s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe, se houver saldo;

f) Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário (s) incapaz(es);



g) Em caso de companheiro (a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório, se houver saldo.

26.4. Não serão aceitos relatórios médicos elaborados por membro (s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de ser um médico habilitado.

27. JUNTA MÉDICA

27.1 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora poderá 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.

A junta médica de que trata o “caput” deste item será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempataador, 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 sociedade seguradora.

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.

27.2 Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei, conforme previsto no Código Civil, art. 206, §§ 1º e 3º, incisos II e IV.

28. PERÍCIA DA SEGURADORA

O Estipulante, como representante legal do Segurado, ao assinar a proposta de seguro autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu médico assistente.



29. BENEFICIÁRIOS

Neste seguro, cujo objetivo é garantir a quitação ou amortização de dívida contraída ou atender a compromisso assumido, o primeiro beneficiário é o credor.

Caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.

Entende-se credor como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

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

30. INDENIZAÇÃO

Todas as indenizações serão efetuadas no Brasil e em moeda nacional.

31. FORO

As questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a seguradora serão processadas no foro de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.



Condições Especiais

CLÁUSULA 1ª – COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Morte Natural ou Acidental do Segurado Principal, é garantido ao(s) beneficiário(s) o pagamento até o limite do Capital Segurado estabelecido no Contrato deste Seguro, durante a vigência do seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O primeiro beneficiário será o Credor, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, limitado ao capital segurado, havendo capital remanescente, será pago a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ou a seus herdeiros legais do segurado.

3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 24 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para as coberturas de Morte Natural e Morte Acidental, são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de cobertura de Morte, tomar-se-á como data do sinistro a data do óbito.

6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:



- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ou Representante Legal do Segurado com firma reconhecida das assinaturas;
 - b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
 - c) Em caso de morte não determinada na Certidão de Óbito, encaminhar também Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou Instituto Médico Legal (IML);
 - d) Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado.
- 6.1. Em caso de falecimento decorrente de **Morte Acidental**, além dos documentos solicitados para as garantias de morte natural, exige-se também:
- a) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir;
 - b) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
 - c) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML).



CLÁUSULA 2ª – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Morte Acidental do Segurado, é garantido ao(s) beneficiário(s) o pagamento de até o limite do Capital Segurado estabelecido no Contrato deste Seguro, durante a vigência do seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O primeiro beneficiário será o Credor, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, limitado ao capital segurado. Havendo capital remanescente, será pago a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ou a seus herdeiros legais do segurado.

3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 24 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para as coberturas de Morte Acidental, são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Morte Acidental, tomar-se-á como data do sinistro a data do acidente.

6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE MORTE ACIDENTAL

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ou Representante Legal do Segurado e pelo Médico Assistente do mesmo, com firma reconhecida das assinaturas;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;



ASSURANT®

Proteção Total

- c) Em caso de morte não determinada na Certidão de Óbito, encaminhar também Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou Instituto Médico Legal (IML);
- d) Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir;
- f) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- g) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML).



CLÁUSULA 3ª – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, é garantido ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado estabelecido no Contrato deste Seguro, durante a vigência do seguro.

Para efeito deste seguro, considera-se Invalidez Permanente e Total por Acidente a perda ou impotência funcional definitiva e total de membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente, com ocorrência de um ou mais dos eventos a seguir:

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

2. BENEFICIÁRIO

O primeiro beneficiário será o Credor, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, limitado ao Capital Segurado havendo capital remanescente, será pago ao segurado.

3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 24 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura:

- a) doenças 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;
- b) perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.



4. ELEGIBILIDADE

Para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Invalidez Permanente por Acidente, tomar-se-á como data do sinistro a data do acidente.

6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou seu Representante Legal e pelo Médico Assistente do mesmo, com firma reconhecida das assinaturas;
- b) Cópia autenticada e/ou original dos exames comprobatórios do acidente sofrido pelo segurado (laudos e filmes), realizados em Clínicas, Consultórios e Hospitais;
- c) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência (BO), emitido por autoridade policial, se houver;
- d) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- e) Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado não se acumulam.

7.1. Ocorrendo a Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, o Seguro será cancelado.



CLÁUSULA 4ª – COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Desde que contratada a garantia de invalidez laborativa permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite Credor, primeiramente, e ao(s) beneficiário(s), em caso de valor remanescente, definida nas condições contratuais, a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, **desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.**

Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exclusivamente para a atividade laborativa principal do Segurado.

2. CONCEITOS

2.1. Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, com base na declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano em que foi caracterizada a invalidez.

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

2.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta cobertura.

3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados no item 5 - RISCOS EXCLUIDOS das Condições Gerais, desde que contratada a garantia de invalidez permanente laboral por doença, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

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



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

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

3.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença.

3.2.1. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Laboral Permanente e Total por Doença os 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 laborativo, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

3.3. Não podem figurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida nas condições contratuais do seguro, vigente na data da caracterização da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

4.2. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

4.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. A carência será definida nas condições contratuais e corresponderá a quantidade de dias ininterruptos.

5.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

5.3. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.



5.4. A franquia será definida em quantidade dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A garantia de invalidez laborativa permanente e total por doença aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

7. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença;
- b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social ou comprovação da atividade exercida.

7.2. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

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.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Com o pagamento do limite do capital segurado por Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, o seguro.

8.2. Não restando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:



ASSURANT®

Proteção Total

- i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- ii. com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e
- iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



CLÁUSULA 5ª - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1. Desde que contratada a cobertura de Doenças Graves, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao beneficiário, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, ou da realização de um procedimento médico coberto, somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência (diagnóstico ou procedimento) do primeiro evento coberto, observado o Período de Carência, os Riscos Excluídos e a legislação aplicável.

2. COBERTURAS

2.1. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças e os procedimentos médicos abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas, e desde que o diagnóstico ou realização do procedimento ocorra durante a vigência do Seguro e após o período de Carência. **Para efeito deste seguro, são consideradas doenças graves:**

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC): obstrução aguda da circulação sanguínea cerebrovascular causada por obstrução do fluxo sanguíneo ou hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracerebral ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente. O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética ou exame de líquido, bem como atestado por laudo médico.

b) Câncer (Exceto de pele e os não Invasivos): crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anátomo-Patológico para sua classificação definitiva.

c) Cirurgia Coronariana Tipo “Bypass”: cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (“Bypass”) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

d) Infarto agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e exames de eletrocardiograma e laboratoriais (enzimas específicas). O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:



- História de dores torácicas típicas;
- Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);
- Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB); e
- Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.

e) Insuficiência Renal Terminal: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

f) Transplante Total de Órgãos: necessidade médica do segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.

2.2. Estas doenças ou condições físicas poderão ser identificadas pela Seguradora através de todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive os prontuários médico-hospitalares em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

3. CONDIÇÕES DE COBERTURA

3.1. Para que haja direito à Cobertura securitária, imprescindível o atendimento conjunto dos seguintes requisitos:

- a) o segurado sobreviva 30 (trinta) dias após o diagnóstico ou realização do procedimento cirúrgico coberto e;**
- b) o diagnóstico tenha sido emitido pela primeira vez após a data de início de Vigência do Seguro ou o procedimento cirúrgico realizado durante a Vigência da apólice de Seguro.**

4. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

4.1. Além dos riscos excluídos previstos no item 5 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cobertura de Câncer os seguintes eventos:

- a) carcinomas não invasivos “in situ” (incluindo displasia cervical) e outras lesões pré-neoplásicas;**
- b) carcinoma baso-celular e hiperqueratoses;**
- c) carcinoma de células escamosas de pele, exceto quando se tratar de disseminação em outros órgãos;**
- d) sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;**



- e) qualquer tipo de Câncer de pele que não seja melanoma maligno invasivo de menos de 1,2 mm de espessura determinado por exame e menos de Clark level 3;
- f) leucemia linfática crônica;
- g) câncer de próstata que através de exame histológico, pertença a etapa T1 (incluindo T1A e T1B do sistema TNM) ou de qualquer outra classificação menor.

4.2. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4.1. acima, estão expressamente excluídos da Cobertura de Infarto os seguintes eventos:

- a) os infartos do miocárdio antigos demonstrados através do Eletrocardiograma (ECG);
- b) qualquer angina do peito, incluindo, mas não se limitando, a angina estável e instável e angina decúbito;
- c) infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG, com elevação da troponina "I" ou "T" e;
- d) outras síndromes coronarianas agudas.

4.3. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4.1. acima, estão expressamente excluídos da Cobertura de Acidente Cerebral Vascular os seguintes eventos:

- a) ataques isquêmicos transitórios;
- b) qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
- c) injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- d) hemorragia cerebral causada por acidente;
- e) hemorragia cerebral causada por tumores;
- f) hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
- g) obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
- h) sintomas neurológicos causado por enxaquecas.

4.4. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4.1. acima, estão expressamente excluídos da Cobertura de Cirurgia Coronariana tipo "bypass" os seguintes eventos:

- a) angioplastia;
- b) outros procedimentos intra-arteriais;
- c) cirurgia tipo "key-hole" (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
- d) quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

4.5. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4.1. acima, estão expressamente excluídos da Cobertura de Transplante Total de Órgãos os seguintes eventos:

- a) transplantes dos demais órgãos não listados nestas Condições Gerais;
- b) transplante de tecido;
- c) transplante de células tronco;
- d) transplante de células-beta do pâncreas;



- e) auto-transplante; e
- f) quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 5.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições contratuais deste seguro.
- 5.2. Após o pagamento da indenização, a cobertura será automaticamente cancelada.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida nas condições contratuais, vigente na data da caracterização de Doenças Graves.
- 6.2. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Doença Grave, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.
- 6.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- 7.1 Simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- 7.2. Com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e
- 7.3. Quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.
- 7.4. Quando do pagamento do Capital Segurado desta cobertura.

8. CARÊNCIA

- 8.1. O período de Carência, a ser definido nas condições contratuais de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro.
- 8.2. O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto na apólice.



9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia;
- c) laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).

9.2. A ocorrência do sinistro decorrente de Infarto Agudo do Miocárdio será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

9.3. A ocorrência do sinistro decorrente de Acidente Vascular Cerebral será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia;
- c) exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cerebrospinal).

9.4. A ocorrência do sinistro decorrente de Cirurgia Coronariana tipo "by-pass" será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca

9.5. A ocorrência do sinistro decorrente de Insuficiência Renal Terminal será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia;
- c) exames complementares apropriados.

9.6. A ocorrência do sinistro decorrente de Transplante de Órgãos será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);



b) laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

9.7. Considera-se a data do evento, a data do diagnóstico da doença devidamente comprovada.

9.8. Somente haverá garantia para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro individual, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma, acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

9.9. O pagamento de qualquer indenização decorrente da garantia de doenças graves significa o cancelamento imediato do seguro.

9.10. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas, a seguradora poderá realizar perícia médica no segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

9.10.1. O segurado ou sua família deverão permitir e contribuir para que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, forneçam as informações solicitadas pela Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

9.10.2. Os resultados apurados pela perícia realizada pela seguradora, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o segurado e seu médico assistente.

9.10.3. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da seguradora.

9.11. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Grave são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta garantia.

10. BENEFICIÁRIO

10.1. Para a cobertura de Doenças Graves cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor do compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.



11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

11.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



CLÁUSULA 6ª – PERDA DE RENDA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Perda de Renda, decorrente, exclusivamente, do afastamento temporário da ocupação profissional habitual do Segurado, por um prazo superior ao da franquia, desde que ocorrida durante a vigência do seguro, é garantido o pagamento de indenização junto ao Credor, sob a forma de prestação(ões) mensal(is), de no máximo 12 (doze) parcelas. Os respectivos valores e quantidade de parcelas serão estabelecidos no certificado individual e destina-se exclusivamente à liquidação de parte ou da totalidade das prestações da dívida ou compromisso do segurado junto ao Credor.

A seguradora não assumirá parcelas de financiamento anteriores à data de contratação deste seguro, sendo estas de responsabilidade exclusiva do segurado.

Para efeito deste seguro, considera-se Perda de Renda o afastamento temporário da ocupação profissional habitual, que impossibilita de forma contínua e ininterrupta o Segurado de exercer sua ocupação profissional por um prazo superior ao da carência e franquia.

Caso o segurado seja profissional assalariado, deverá ser comprovado, na data do sinistro, um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.

O Afastamento Temporário da ocupação profissional habitual deve ser comprovado através da apresentação da documentação prevista no item 8 da Cláusula 3º destas Condições Especiais e no item 15 das Condições Gerais.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUÍDOS e 24 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

Para profissionais liberais COM comprovação de renda:

- a) A hospitalização para “check-up”;
- b) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- c) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- d) As cirurgias plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- e) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- f) Os tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- g) Os procedimentos não previstos no Código Brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;



- h) As lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (síndrome do túnel do carpo, tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);**
- i) Os tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;**
- j) Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- k) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- l) As doenças de características reconhecidamente progressivas/degenerativas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide e osteoartrose, osteoartrite, ganartrose, poliartrose, dorsalgia e bursite;**
- m) As lombalgias, lombociatalgias ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, discopatia e protusões discais degenerativas;**
- n) Hérnia inguinal em decorrência de doença;**
- o) Laserterapia, Escleroterapia e Microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias.**

Para profissionais liberais SEM comprovação de renda:

- a) As doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas diretas ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- b) As doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste contrato de seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a internação hospitalar seja decorrente de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;**
- c) A hospitalização para “check-up”, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- d) O tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- e) As cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;**
- f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- g) Os procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;**
- h) As anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- i) As lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados à DORT);**
- j) Os tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;**
- k) Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- l) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- m) As doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide e osteoartrose;**



- n) As lombalgias, lombociatalgias ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- o) Laserterapia, Escleroterapia e Microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- p) Os tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- q) Internações ocorridas durante o período de carência, estabelecida no Contrato.
- Estão também excluídas da cobertura deste seguro, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitais, tais como:
- a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;
- b) Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;
- c) Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;
- d) Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;
- e) Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;
- f) Estâncias hidrominerais, “spa” (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.

Para profissionais assalariados:

- a) Demissão por justa causa;
- b) Renúncia ou Perda Voluntária do vínculo empregatício;
- c) Aposentadoria;
- d) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecida no Contrato;
- g) Trabalho de Profissionais Liberais ou Funcionários que tenham cargo de eleição pública, que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores, e outros de nomeação no Diário Oficial;
- h) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais do que um emprego no mesmo período;
- i) Casos de falência, recuperação judicial ou dissolução da empresa em que o segurado não possua os documentos necessários, exigidos nestas condições, para comprovação da rescisão do contrato de trabalho;
- j) Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco.

3. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será a quitação das parcelas a vencer do contrato de financiamento do segurado junto ao Credor, limitado ao capital segurado, cujo valor estará estabelecido no Certificado Individual de Seguro, desde que tenha cumprido o período de carência e franquia da cobertura.

Não haverá reintegração de capital segurado.



4. CARÊNCIA

Para efeito de início desta cobertura, deverá ser considerado o período de carência de até 60 (sessenta) dias para os eventos decorrentes de doenças ou desemprego involuntário, contados a partir do início de vigência do Certificado Individual de Seguro.

5. FRANQUIA

A Seguradora indenizará somente os eventos cobertos que excederem a franquia de) até 60 (sessenta) dias.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A garantia de Perda de Renda aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

7. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Perda de Renda, tomar-se-á como data do sinistro:

- a) Para profissionais Liberais com comprovação de renda: data do afastamento do segurado.
- b) Para profissionais Liberais sem comprovação de renda: data da internação do segurado.
- c) Para profissionais Assalariados: data último dia de trabalho, constante do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho do Segurado com ex-empregador.

8. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE PERDA DE RENDA

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

Para todos tipos de profissionais:

- a) Cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- b) Comprovante de residência em nome do Segurado (cópia autenticada de conta de água, luz, gás ou telefonia fixa ou móvel);

Para profissionais liberais com comprovação de renda:

- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou seu Representante Legal, com firma reconhecida das assinaturas;



- b) Atestado Médico (original ou cópia autenticada), constando o início e o término do período de incapacidade;
- c) Cópia autenticada e/ou original dos exames comprobatórios do(a) acidente ou doença sofrido(a) pelo segurado (laudos e filmes), realizados em Clínicas, Consultórios e Hospitais;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência (BO), emitido por autoridade policial, em caso de acidente, se houver;
- e) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- f) Cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro).

Para profissionais liberais sem comprovação de renda:

- a) Cópia do Prontuário Hospitalar;
- b) Declaração da entidade hospitalar constando: 1. Nome do segurado, 2. Data da internação e da alta médica, 3. Diagnóstico detalhado, 4. Descrição do procedimento, exames médicos realizados, tratamento ou cirurgias realizadas.
- c) Identificação do médico (s) assistente (s);
- d) Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- e) Declaração médica do tempo previsto para recuperação do Segurado
- f) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir,
- g) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado;
- h) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado;
- i) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Relatórios médicos e laudo pericial que comprove a incapacidade do Segurado por doença;
- k) Documento comprobatório da condição de autônomo (Cópia da declaração de Imposto de Renda, Registro de autônomo no INSS ou GFIP).

Para profissionais assalariados:

- a) Cópia autenticada da Carteira Profissional (CTPS) do segurado – envio mensal;
 - Página da Identificação Visual (foto);
 - Página da Qualificação Civil (verso da foto);
 - Página imediatamente anterior a do último contrato de trabalho;
 - Página do Contrato de Trabalho, onde consta a admissão e demissão;
 - Página Posterior a do Contrato de trabalho (mesmo em branco);
- b) Cópia autenticada do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho, com assinatura e carimbo do Órgão Homologador (TRT ou Sindicato);
- c) Cópia autenticada da Comunicação de Dispensa – CD (via marrom), devidamente protocolada pelo Posto de Atendimento do Seguro Desemprego.



CLÁUSULA 7ª - COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença do Segurado é garantido o pagamento de indenização junto ao Estipulante, limitado ao valor e da forma estabelecida no Contrato de Seguro.

1.1. Para efeito deste seguro, considera-se Internação Hospitalar aquela, motivada por acidente ou doença, sendo caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer qualquer atividade remunerada, que acarrete em internação hospitalar, por um período contínuo e superior ao da franquia, e que na data do pagamento de suas obrigações, cobertas por este seguro, o mesmo ainda se encontre internado.

2. BENEFICIÁRIO

O primeiro beneficiário será o Credor, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, limitado ao Capital Segurado havendo capital remanescente, será pago ao segurado.

3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUÍDOS e 24 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:

- a) As doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas diretas ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) As doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste contrato de seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a internação hospitalar seja decorrente de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- c) A hospitalização para “check-up”, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) O tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) As cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- g) Os procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- h) As anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;



- i) As lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dormio facial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados à DORT);
- j) Os tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas conseqüências;
- k) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- l) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- m) As doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide e osteoartrose;
- n) As lombalgias, lombociatalgias ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- o) Laserterapia, Escleroterapia e Microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- p) Os tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- q) Internações ocorridas durante o período de carência, estabelecida no Contrato.

3.1. Estão também excluídas da cobertura deste seguro, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitais, tais como:

- a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;
- b) Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;
- c) Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;
- d) Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;
- e) Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;
- f) Estâncias hidrominerais, "spa" (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.

4. ELEGIBILIDADE

Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença, são elegíveis todas as pessoas físicas, que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

4.1. Para fins desta cobertura, deverá haver um intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre um evento de internação e outro.



5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro desta cobertura, a internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta ou óbito do paciente, observados os limites estabelecidos no Contrato.

6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia do Prontuário Hospitalar;
- b) Declaração da entidade hospitalar constando: Nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, exames médicos realizados, tratamento ou cirurgias realizadas.
- c) Identificação do médico(s) assistente(s);
- d) Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- e) Declaração médica do tempo previsto para recuperação do Segurado
- f) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir,
- g) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado;
- h) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Relatórios médicos e laudo pericial que comprove a incapacidade do Segurado decorrente do acidente.