



CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO

outubro 2022



Sumário

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO – PRESTAMISTA - COLETIVO.....	3
1 - Disposições Preliminares	3
2 - Definições	3
3 – Objetivo do Seguro	7
4 – Âmbito Geográfico das Coberturas.....	7
5 – Coberturas.....	7
6 - Riscos Excluídos	8
7 – Aceitação.....	9
8 – Vigência.....	12
9 - Renovação.....	13
10 – Carência e Franquia.....	14
11 – Capital Segurado Fixo.....	14
12 – Pagamento de Prêmios	15
13 Procedimentos em Caso de Sinistro.....	16
14 Perda de Direito	21
15 – Atualização das Obrigações Pecuniárias.....	22
16 - Aplicabilidade de Mora	24
17 - Cancelamento do Seguro.....	24
18 - Beneficiários.....	24
19 - Estipulante	25
20 - Prescrição	26
21 - Foro	26
22 - Informações Confidenciais	26
23 – Proteção de Dados Pessoais.....	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA MORTE.....	28
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA.....	32
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA - IFPD	36
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA PERDA DE RENDA - DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO - PRDI.....	45
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA - DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TOTAL OU TEMPORÁRIA - PRDIT	47



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO – PRESTAMISTA - COLETIVO

1 - Disposições Preliminares

- 1.1 A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.
- 1.2 o registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.4 O Segurado, Estipulante e Subestipulante, ao assinarem as propostas, declaram tacitamente que tomaram conhecimento das Condições Contratuais deste seguro.
- 1.5 Estas Condições Gerais e as demais Condições Contratuais ficam à disposição do proponente individual, através do Estipulante, para conhecimento antes da assinatura da proposta de adesão individual, sendo que a assinatura da Proposta de Adesão configura conhecimento e aceitação de seu teor.
- 1.6 Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, Estipulante ou aos Beneficiários.
- 1.7 As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

2 - Definições

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

Agravação de Risco: a ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo Estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

Aviso de sinistro: é a obrigatória e formal comunicação à Seguradora da ocorrência de evento caracterizado durante a vigência da Apólice de seguro e coberto pelas suas Condições Contratuais, observados os prazos-limite previstos no Código Civil Brasileiro sobre a matéria.



Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro. Para o presente seguro observado os seguintes critérios:

- a) Primeiro Beneficiário: é o Credor da obrigação garantida pelo seguro, o qual receberá a indenização até o valor do saldo devedor da dívida do Devedor para com ele, limitado ao Capital Segurado contratado.
- b) Segundo Beneficiário: será(ão) a(s) pessoa(s) designada(s) pelo Devedor, na hipótese de sua morte devidamente coberta, ou o próprio Segurado, no caso da cobertura de invalidez permanente total por acidente, os quais receberão, quando houver, Capital Segurado remanescente, após o pagamento da indenização ao primeiro beneficiário.

Capital Segurado: é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**

Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados. A carência não se aplica a sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

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

Certificado Individual: documento destinado ao Segurado, emitido pela 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;

Coberturas de Risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

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

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

Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante/Subestipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações das partes.

Credor: aquele a quem o Segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

Corretor de Seguros: profissional legalmente habilitado e autorizado a angariar seguros e representar o Segurado nos Contratos de Seguros.

Custeio do Seguro: não contributivo – Em que os Segurados não pagam o prêmio do seguro; ou, contributivo – Em que os Segurados pagam o prêmio do seguro, de forma total ou parcialmente.



Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: documento formal integrante da Proposta de Adesão em que o proponente ou Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro.

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

Documentos Contratuais: a apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas), e o endosso.

Doença: é o processo mórbido, definido pela perda ou perturbação da saúde de um indivíduo, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que o leva a tratamento médico, internação ou afastamento do trabalho.

Doenças ou Lesões Preexistentes: doença acometida e de conhecimento do Segurado em momento anterior à contratação do seguro e não declarada na Proposta de Adesão.

Download: ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário quando o objetivo é obter dados disponibilizados na internet. Os arquivos para download podem ser textos, imagens, vídeos, programas entre outros.

Empregado: pessoa física que presta serviços de natureza não eventual ao empregador, sob a dependência deste e mediante salário.

Endosso/aditivo: documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Evento coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do beneficiário do seguro.

Estipulante/Subestipulante: é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos Segurados perante as sociedades seguradoras, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.

Franquia: é o período ou valor não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceites e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo Segurável é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante;

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. O valor da indenização será sempre limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada que deu origem ao sinistro.

Início de Vigência: é a data a partir da qual as Coberturas de Risco propostas serão garantidas pela Seguradora.



Nota Técnica Atuarial: documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

Obrigação: dívida ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.

Período de Cobertura (ou vigência): aquele durante o qual o Credor, o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

Prazo de carência: período contado a partir da data do 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.

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Profissionais Liberais: são as pessoas que exercem sua atividade remunerada de forma autônoma, sem dependência e sem vínculo empregatício, que recebem honorários de seus clientes.

Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais;

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

Risco: evento incerto ou de data incerta e que independe da vontade das partes contratantes, contra o qual é feito o seguro;

Risco coberto: é o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: são aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

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

Seguradora: é a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

Seguro: contrato pelo qual a Seguradora, mediante a cobrança de Prêmio, se compromete a pagar ao Segurado ou o Beneficiário o Capital Segurado, pela ocorrência do evento coberto pela Apólice;

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



Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixado em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro. A cobertura individual é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

3 – Objetivo do Seguro

O presente Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do Capital Segurado contratado.

Este seguro é contratado com capital fixo, pelo que havendo diferença entre este e o saldo devedor no momento do sinistro, essa diferença será paga aos beneficiários indicados pelo Segurado, observado as disposições da Cláusula 18 – “Beneficiários”

4 – Âmbito Geográfico das Coberturas

4.1 Este seguro abrange os eventos cobertos, pelas coberturas contratadas, ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5 – Coberturas

5.1 Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, desde que tenham sido efetivamente contratadas e ratificadas na Apólice.

5.2 As coberturas a seguir serão contratadas para todo o grupo segurado, podendo ser de forma isolada ou conjuntamente:

5.2.1 Coberturas passíveis de contratação:

- a) Morte – M;
- b) Morte Acidental - MA;
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA;
- d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD;
- e) Perda de Renda por Desemprego Involuntário - PRDI (exclusivamente para profissionais empregados);
- f) Perda de Renda - Diárias de Incapacidade Total ou Temporária - PRDIT, decorrente de causa natural ou acidental (exclusiva para profissionais liberais).

5.2.2 Os Capitais Segurados serão pagos em parcela única.

5.2.3 A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD deverá ser contratada conjuntamente com a cobertura de Morte – M.



6 - Riscos Excluídos

6.1 Está excluída das coberturas do presente seguro, observado a definição de Acidentes Pessoais, quando for o caso, os eventos decorrentes, direta ou indiretamente de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;**
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excluída desta hipótese a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado e atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme artigo 762 do código civil;**
- e) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas;**
- f) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) lesão intencionalmente auto infligida;**
- h) suicídio ou sua tentativa, nos dois primeiros anos de vigência inicial do Contrato, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do código civil;**
- i) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- j) condução de qualquer tipo de veículo sem a devida habilitação pelo Segurado ou em não conformidade com a legislação vigente;**
- k) 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, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo**
- l) Doenças pré-existentes à contratação do seguro, isto é, Doenças de conhecimento do Segurado e não citadas na proposta de adesão;**
- m) epidemias e pandemias, reconhecidas pelo poder público;**
- n) Excetuada sua ocorrência como resultado direto de Acidente Pessoal e observadas as coberturas contratadas, conforme definido nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais, estão também expressamente excluídos da garantia deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:
 - n1) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, em especial a hérnia discal, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;**
 - n2) gravidez, parto, aborto provocado ou não e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
 - n3) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto.****



7 – Aceitação

7.1 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

7.2 A celebração, alteração, bem como a renovação não automática do presente seguro, somente poderá ser feita mediante proposta de adesão assinada pelo Proponente, seu Representante Legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo Corretor de Seguros. Cabe à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

7.3 A proposta de adesão deve ser preenchida sem rasuras, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

7.3.1 A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente, quando da contratação ou da adesão ao seguro.

7.4 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão ou alteração do Proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

7.4.1 Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

7.4.2 Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 7.4.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 7.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

7.5 A Seguradora comunicará ao Proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice dentro do prazo acima substituem a manifestação expressa de aceitação da proposta pela Seguradora.

7.6 A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre, devendo constar na proposta o critério de aceitação:

- I - a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- II - a data de emissão da apólice ou certificado individual com conseqüente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- III - a data de término do prazo previsto no item 7.4. acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta, conforme especificado no item 7.4 desta cláusula.

7.7 A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao Proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo Proponente na proposta.

7.8 No caso de aceitação da proposta, a Seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.



7.9 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.9.1 Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 7.9 acima, a restituição estará sujeita à atualização e juros de mora, conforme estabelecido na Cláusulas 15 e 16 “Atualização das Obrigações Pecuniárias” e “Aplicabilidade de Mora”.

7.10 A Seguradora emitirá e enviará a apólice, e o certificado individual, no início do seguro e em cada renovação da apólice. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

7.11 O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

7.12 Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante/segurado, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

7.13 Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

7.14 Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

7.15 Somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início da vigência individual, se encontrarem em boas condições de saúde e condições de exercer atividade laborativa, observado os limites mínimos e máximos de idade estabelecido na apólice e demais disposições das condições contratuais.

7.16 Os aposentados poderão participar do seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez e haja concordância do Estipulante.

7.17 Serão consideradas doenças preexistentes e sem cobertura dos sinistros aquelas de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão.

7.18 A análise de aceitação da proposta de contratação preenchida e assinada pelo Estipulante, ocorrerá nas mesmas disposições, quando aplicáveis, apresentadas na presente cláusula para análise de aceitação da proposta de adesão.

7.19 Inclusão de Componentes

7.19.1A inclusão dos Segurados será feita por solicitação do Estipulante mediante a obrigatória apresentação de proposta individual de adesão, podendo ser:

- Automática – Quando o grupo segurado abranger todos os componentes do grupo segurável;



- Facultativa – Quando o grupo segurado abranger somente uma fração do grupo segurável, para os componentes que tiverem sua inclusão expressamente solicitada, devendo estar obrigatoriamente efetivada mediante o preenchimento de proposta individual de adesão com declaração pessoal de saúde;

7.19.2 Será estabelecido um limite individual de proteção financeira para cada interessado nas Condições Contratuais do seguro;

7.19.3 Não será admitido mais que 2 (dois) contratos de proteção financeira entre o Segurado e o Estipulante, na mesma apólice de seguro, salvo por expressa e formal concordância da Seguradora;

7.19.4 Caso a quantidade de contratos venha a exceder a 2 (dois), ou, ainda, a juízo da Seguradora venha a exceder o valor do limite individual de Capital Segurado contratado, o excesso será devolvido ao Segurado ou ao Estipulante, com devolução integral do respectivo excesso de prêmio pago;

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

7.20 Existência de Outros Seguros

7.20.1 Na existência de outros seguros o Estipulante se obriga a:

- a) declarar a existência de quaisquer outros seguros de proteção financeira sobre os mesmos contratos financeiros que integram a cobertura do presente seguro;**
- b) comunicar imediatamente a Seguradora, por escrito, a efetivação posterior de outros seguros de proteção financeira para os mesmos contratos de financiamento;**
- c) a cumulação de seguros sobre o mesmo financiamento fará incidir cláusula de rateio entre as seguradoras contratadas.**
 - c.1) por cláusula de rateio, entenda-se o pagamento proporcional do sinistro por cada uma das seguradoras em função do Capital Segurado, de forma a que a soma das indenizações seja igual ao valor do Capital Segurado.**

7.22 Este seguro poderá ser contratado para obrigações assumidas por pessoas jurídicas de direito privado, desde que haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade de a pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro

7.22.1 Neste caso, o seguro deve ser feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários.

7.22.2 É admitida a elaboração de Seguro Prestamista Empresarial Integral, com dispensa de preenchimento da proposta de adesão, desde que apresente, simultaneamente, as seguintes características:

I - seja seguro coletivo estipulado pela pessoa jurídica contratante da obrigação a que o seguro está atrelado, sem dispensa do preenchimento e assinatura de proposta de contratação;

II - o Capital Segurado individual seja apurado na data do evento, proporcionalmente à participação do Segurado sinistrado na composição societária do estipulante em relação ao Capital Segurado Integral.



7.22.2.1 O valor do Capital Segurado Individual sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do Grupo Segurado e será apurado na data do Evento proporcionalmente à participação do Segurado sinistrado na composição societária do Estipulante em relação ao Capital Segurado Integral, ou, se ausente a relação societária, de acordo com os critérios estabelecidos na Apólice.

7.22.3 No seguro prestamista empresarial integral, não poderá ser estabelecido limite para o Capital Segurado Individual.

7.22.4 O valor do Capital Segurado referente a cada sócio sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição societária do estipulante.

7.22.5 A emissão do certificado individual não é obrigatória para o Seguro Prestamista Empresarial Integral.

8 – Vigência

8.1 As apólices, aditivos e endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

8.1.2 O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.

8.2 Término de Vigência da Cobertura Individual

8.2.1 A cobertura de cada Segurado individual cessará quando ocorrer uma das situações previstas abaixo:

- a) respeitado o período relativo ao prêmio pago, às 24 (vinte e quatro) horas do final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada;
- b) quando a apólice de Seguro Prestamista não for renovada ou for cancelada, a qualquer época, pela Seguradora ou pelo Estipulante, desde que tal cancelamento seja devidamente comunicado por escrito e acordado entre todas as partes contratantes;
- c) quando a apólice de Seguro Prestamista for cancelada, a qualquer época, pela Seguradora, por desequilíbrio atuarial grave, sem que tenha havido acordo entre as partes contratantes sobre as providências indicadas pela Seguradora, suportadas por demonstrativo analítico, para promover o reequilíbrio atuarial do seguro contratado, desde que esse cancelamento seja previamente comunicado ao Estipulante por escrito;
- d) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- e) quando o Segurado solicitar a sua exclusão da apólice em grupo ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
- f) quando ocorrer à indenização de um evento coberto por Morte, IFPD - Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença ou IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;
- g) no curso do contrato de seguro, a apólice somente poderá ser rescindida por mútuo consentimento, exigindo-se por parte dos Segurados a anuência de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo



segurado, admitida cláusula mandato, retendo a Seguradora o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

8.3 Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada e neste caso:

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 deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

8.4 Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

8.5 Certificado Individual

8.5.1 No início de vigência da cobertura, bem como nas renovações do seguro, se houver, bem como por ocasião de qualquer alteração contratual que venha a ser feita pelas partes, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) data da adesão do Segurado ao seguro e data de final de vigência da apólice;
- b) Capitais Segurados das coberturas contratadas e,
- c) valor do prêmio total.

8.5.2 Quando houver carência e franquias estabelecidas para as coberturas contratadas, elas também serão indicadas no Certificado Individual, sendo certo que o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do seguro.

8.5.3 A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

9 - Renovação

9.1 A Seguradora poderá efetuar a renovação automática, uma única vez, por igual período ao da primeira contratação, **salvo se o Estipulante/Subestipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.**

9.2 As renovações posteriores à eventual renovação automática da apólice, poderão ser efetuadas por meio de concordância expressa do Estipulante/Subestipulante.

9.2.1 Nos seguros com contratação na forma de custeio tributário, tanto na renovação ou alteração contratual, que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.



9.3 Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora e o Estipulante/subestipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

10 – Carência e Franquia

10.1 Carência: Em caso de período de carência estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, este, será definido nas Condições Especiais e estarão expressas na Apólice/Certificado Individual.

10.1.1 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não será aplicável prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

10.1.2 A critério da Seguradora, a Carência poderá ser reduzida ou substituída por declaração pessoal de saúde ou de atividade e/ou exame médico.

10.1.3 O prazo de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não excederá à metade do prazo de vigência previsto para a vigência do seguro, respeitado o limite de dois anos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de renovação do seguro, não será iniciado novo prazo de Carência.

10.2 Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta, será definido nas Condições Especiais e estarão expressas na Apólice/Certificado Individual.

10.2.1 A cobertura será devida a partir do primeiro dia após cumprido o período de Franquia do seguro, observado o limite contratual máximo de Capital Segurado por evento fixado nas condições do seguro.

11 – Capital Segurado Fixo

11.1 O Capital Segurado, por cobertura, será indicado na apólice e nos Certificados Individuais e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.

11.2 O Capital Segurado fixo não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação. O Capital Segurado, até o limite da obrigação e observado o Capital Segurado vigente na data do sinistro, será pago ao Estipulante.

11.3 Se o valor do saldo devedor apurado for inferior ao valor do Capital Segurado contratado, a diferença será paga ao próprio Segurado ou ao(s) beneficiário(s) por ele previamente designado(s), conforme a garantia contratada reclamada, observado, quanto a beneficiários, o disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil.

11.3.1 O capital máximo individual para esse seguro estará determinado na apólice.



11.4 A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas contratadas.

12 – Pagamento de Prêmios

12.1 O prêmio deste seguro poderá ser pago anualmente, mensalmente ou de acordo com outra periodicidade escolhida para pagamento, especificada na apólice do seguro. Caso o prêmio seja pago em parcela única, os Capitais Segurados para morte ou Invalidez serão atualizados até a data do respectivo evento gerador.

12.2 Para fins do seguro e de acordo com a declaração constante do contrato, o custeio do prêmio poderá ser Contributário, onde os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente, ou Não Contributário, onde o Estipulante/Subestipulante paga totalmente o prêmio do seguro.

12.3 É da responsabilidade do Estipulante a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas parcelas emitidas pela Seguradora.

12.4 Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido, sendo estes determinados pela aplicação das taxas de cada cobertura contratadas ao Capital Segurado.

12.5 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar o cancelamento da apólice e, na ocorrência de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos Prêmios recolhidos junto aos Segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais. A Seguradora ficará responsável pelo pagamento de indenizações devidas até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade do Estipulante pelo não repasse dos prêmios.

12.6 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido, caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada Segurado.

12.7 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

12.8 Quando a data limite para pagamento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente.

12.9 A falta de pagamento da primeira parcela, implicará no cancelamento do seguro, mediante comunicação expressa da seguradora.

12.10 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, pelo Estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente, acarretará o cancelamento do seguro, conforme disposto no item 12.5 destas Condições Gerais, e na hipótese de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos Prêmios recolhidos junto aos Segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais. A Seguradora ficará responsável pelo



pagamento de indenizações devidas até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade do Estipulante pelo não repasse dos prêmios.

12.11 Na cobrança de prêmio de seguros, caso o Segurado individual não receba boleto de cobrança até a data de vencimento e desde que não tenha havido cancelamento do contrato, é direito do Estipulante e do Segurado, efetuar o pagamento mediante depósito bancário na conta corrente da Seguradora, que será fornecida mediante solicitação expressa e específica.

12.11.1 Nos casos em que o pagamento dos prêmios for realizado por meio de débito em conta de depósito, cartão de crédito ou folha de pagamento é necessária a formalização prévia da autorização do débito.

12.12 Atraso nos pagamentos das demais parcelas do seguro

12.12.1 A falta de pagamento das demais parcelas do seguro, na data do seu vencimento, seja o Seguro contributivo ou não contributivo, acarretará na imediata e automática suspensão do seguro e de suas coberturas, independentemente de qualquer notificação ou ato formal de constituição em mora, não respondendo a Seguradora pela responsabilidade de pagamento do capital contratado para eventos ocorridos durante esse período de suspensão.

12.12.2 Ocorrendo a hipótese de suspensão de cobertura sem cancelamento da Apólice, será vedada a cobrança de Prêmio em atraso.

12.12.3 Na hipótese de ser admitida a reabilitação da Apólice ou do Certificado Individual, ao exclusivo juízo da Seguradora, a cobertura securitária reiniciar-se-á às 24:00 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio e, na hipótese de seguros com Prêmios postecipados, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

12.12.4 Decorridos 3 (três) parcelas em atraso, consecutivas ou não, a seguradora notificará o estipulante do cancelamento do seguro. Nos seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 12.11.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

12.13 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, exceto nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento do valor devido em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado por escrito.

12.13.1 Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, na ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

13 Procedimentos em Caso de Sinistro

13.1 Ocorrendo evento coberto pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante/Subestipulante, pelo Segurado ou beneficiários do Segurado, quando for o caso,



logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado as disposições apresentadas nesta cláusula.

13.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistros:

- a) cobertura de Morte – A data do óbito;
- b) cobertura de Morte Acidental - A data do acidente;
- c) cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente - A data do acidente;
- d) cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – A data indicada na declaração médica;
- e) cobertura de Perda de Renda – Desemprego Involuntário – A data da rescisão do Contrato de Trabalho;
- f) cobertura de Perda de Renda - Diárias Incapacidade Total ou Temporária – A data da constatação do afastamento da atividade remunerada;

13.3 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

13.4 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou dos beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora e as eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, sendo estas totalmente de responsabilidade da Seguradora.

13.5 O pagamento do Capital Segurado será efetuado, de uma única vez, salvo disposição em contrário, especificada na apólice, ao estipulante e 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 Contratuais, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo e os eventualmente constantes nas condições especiais da cobertura contratada causadora do evento que gerou o sinistro, observado ainda os itens 13.7, 13.7.1, destas Condições Gerais:

• **Documentos a serem providenciados em caso de Morte do Segurado:**

13.5.1 cobertura de Morte - M

- a) aviso de Sinistro preenchido pelo Estipulante e/ou Beneficiários e médico-assistente do Segurado, mediante carimbo e CRM;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia simples da Certidão de Nascimento ou Casamento do falecido, com comprovação de união estável quando se tratar de companheira(o);
- d) cópia simples do RG e CPF do Segurado;
- e) cópia simples da ficha de adesão e do contrato de alienação do bem, para os casos de consórcio;
- f) cópia simples do contrato de financiamento assumido
- g) cópia simples da Ficha Financeira (versão completa e atualizada)
- h) cópia simples da designação de beneficiários, feita pelo Segurado de próprio punho, deixada sob a guarda do estipulante ou declaração do estipulante da inexistência desse documento;

Em caso de saldo remanescente e designação de segundo beneficiário:

- a) cópia do RG e CPF e comprovante de endereços



Em caso de saldo remanescente sem designação de segundo beneficiários:

- a) declaração com firma reconhecida em cartório de três pessoas idôneas, informando sob as penas da lei, quantos e quais são os filhos deixados pelo Segurado, qualificando-os: nome completo, nacionalidade, naturalidade, ou;
- b) declaração do INSS ou IR informando (se for o caso) quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou Casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- d) no caso de Beneficiários menores de idade incapazes, apresentação do Termo de Tutela, de Curatela ou Alvará Judicial, bem como documento de identificação do responsável juntamente com comprovante de residência;
- e) formulário do registro de informações cadastrais pessoa física, conforme dispõe a Circular SUSEP nº 612/2020;
- f) formulário de Autorização para Crédito em conta, devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), para o caso de eventual pagamento de indenização.

13.5.2 cobertura de Morte Acidental - MA

Além da documentação especificada para a cobertura de Morte, os seguintes documentos devem ser providenciados:

- a) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial ou CAT (comunicação de Acidente de Trabalho) quando for o caso;
- b) cópia simples do Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- c) cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
- d) laudos toxicológicos, se realizados;
- e) cópia simples do prontuário ou ficha médica hospitalar do atendimento emergencial ou de urgência, se realizado.

13.5.3 cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo Estipulante, Segurado e médico-assistente;
- b) cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- c) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- d) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- e) cópia simples do primeiro atendimento hospitalar (emergência);
- f) atestado de Alta Médica definitiva;
- g) resultado de todos os exames realizados na pessoa do Segurado, incluindo laudo de Corpo de Delito do IML, se for o caso e laudos realizados para diagnóstico tratamento e alta;
- h) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo.
- i) cópia simples da ficha de adesão e do contrato de alienação do bem, para os casos de consórcio;
- j) cópia simples do contrato de financiamento assumido
- k) cópia simples da Ficha Financeira (versão completa e atualizada)

13.5.4 cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD



- a) aviso de Sinistro, integralmente preenchido pelo médico-assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar a Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante, sendo que:
 - do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro);
 - da Declaração Médica deverão constar informações indicando o início da Doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do alcance de um estágio de Doença, detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado, configurado conforme quadro clínico incapacitante definido na Cláusula Adicional de Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD
- b) cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Endereço de Residência do Segurado;
- c) relatório do médico-assistente do Segurado;
- d) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da Doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- e) cópia simples da ficha de adesão e do contrato de alienação do bem, para os casos de consórcio;
- f) cópia simples do contrato de financiamento assumido
- g) cópia simples da Ficha Financeira (versão completa e atualizada)

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

13.5.5 cobertura de Perda de Renda por desemprego Involuntário - PRDI (exclusivamente para profissionais empregados):

- a) aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo Estipulante, Segurado;
- b) cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- c) cópia simples do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado e com a discriminação das verbas rescisórias;
- d) cópia simples da Carteira de Trabalho e Previdência Social, contendo a página da foto, qualificação civil, página do último registro com a devida baixa e página posterior em branco;
- e) cópia simples do último holerite de pagamento de salário
- f) cópia simples da ficha de adesão e do contrato de alienação do bem, para os casos de consórcio;
- g) cópia simples do contrato de financiamento assumido
- h) cópia simples da Ficha Financeira (versão completa e atualizada)

13.5.6 cobertura de Perda de Renda - Diárias de Incapacidade Total ou Temporária - PRDIT decorrente de doença ou acidente (exclusivamente para profissionais liberais)

- a) aviso de Sinistro, integralmente preenchido pelo Segurado, estipulante e médico-assistente, mediante carimbo e CRM;
- b) cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- c) cópia simples do Relatório Médico, contendo data do evento, diagnóstico, tratamento efetuado e tempo previsto de afastamento;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) cópia simples do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- f) cópia simples dos Exames Complementares realizados;
- g) atestado de Alta Médica definitiva;



- h) resultado de todos os exames realizados;
- i) cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
- j) cópia simples da ficha de adesão e do contrato de alienação do bem, para os casos de consórcio;
- k) cópia simples do contrato de financiamento assumido;
- l) cópia simples da ficha financeira (versão completa e atualizada)

13.5.6.1 Para efeito de prova da incapacidade temporária, a seguradora poderá exigir atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

13.6 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

13.7 Durante a fase de regulação de sinistro, as providências ou atos que a American Life praticar ao exigir documentação complementar à lista acima não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação do pagamento de qualquer indenização decorrente dessa regulação enquanto não houver certeza quanto à cobertura do sinistro.

13.8 A Seguradora poderá, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

13.7.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 13.5 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

13.9 Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 13.5, a Seguradora pagará o valor da indenização devida, acrescido de:

- juros de mora nos termos da legislação específica, conforme Cláusula 16 – “Aplicabilidade de mora”, contados a partir do término do prazo previsto no item 13.5 destas Condições Gerais;

- atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação e Multa nos termos da legislação específica, conforme Cláusula 16 – “Aplicabilidade de mora”,

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

13.11 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o Segurado deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto no item 13.5 acima.

13.12 Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.



13.13 Eventuais divergências de natureza médica serão dirimidas por 02 (dois) médicos, sendo um nomeado pelo Segurado/Beneficiário e outro pela Seguradora. Caso haja necessidade, será nomeado um terceiro médico, desempatador, escolhido por comum acordo. Cada uma das partes pagará os honorários e exames requeridos pelos médicos que tiverem designado. O médico desempatador será pago pelo Segurado/Beneficiário e pela Seguradora em partes iguais.

13.14 Junta Médica

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

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

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

13.15 Fica vedada a negativa do pagamento da indenização ou qualquer tipo de penalidade ao Segurado quando relacionada a perguntas que utilizem critério subjetivo para a resposta ou que possuam múltipla interpretação.

14 Perda de Direito

14.1 A Seguradora ficará isenta de obrigações decorrentes deste seguro se o Segurado ou seu Representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – 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 proporcionalmente 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.

III– 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.

14.2 O Segurado está obrigado a comunicar à 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.

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

14.2.2. 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.

15 – Atualização das Obrigações Pecuniárias

15.1 Os valores devidos a título de pagamento de Capital Segurado ou de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento. Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

15.2 Os valores das obrigações pecuniárias não contempladas nos subitens precedentes desta Cláusula, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária.

15.3 Para efeito do disposto no item 15.2, considera-se como data de exigibilidade, no caso de recusa de proposta pela Seguradora, a data da formalização da recusa.

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

15.5 Recalculo do Prêmio

15.5.1 Ao final de cada ano de vigência da Apólice, para a análise das condições de renovação do seguro, será procedido um recálculo dos Prêmios de modo a incorporar as flutuações de sinistralidade e de idade do Grupo Segurado atualizado à experiência atuarial do seguro;



15.5.2 Com base no resultado apurado nesse recálculo anual, se houver necessidade de reajuste da(s) taxa(s) praticada(s) para a renovação da Apólice, o(s) novo(s) Prêmio(s) integrará(ão) o Contrato de seguro a partir da renovação do seguro ou o mês seguinte àquele em que se der a comunicação formal ao Estipulante, caso esta ocorra, após a data de início de vigência da renovação do seguro. Em se tratando de seguro contratado na forma de custeio contributivo, a aplicação da nova taxa recalculado, ficará condicionada a anuência prévia e expressa de no mínimo 3/4 (três quartos) dos Segurados

15.6 Equilíbrio Atuarial

15.6.1 A qualquer época e independentemente de prévia notificação, fica ajustado com o Estipulante que se a sinistralidade apurada no contrato de seguro em questão for superior ao percentual previsto nas Condições contratuais a Seguradora recalculará a taxa adequada a ser aplicada aos Capitais Segurados contratados de modo a restabelecer o equilíbrio atuarial desse contrato de seguro.

15.6.2 Na falta de anuência por parte do Estipulante munido de cláusula mandato ou de três quartos do grupo segurado, na atualização de taxas e custos, buscando o equilíbrio atuarial, a Seguradora poderá tomar a iniciativa de um cancelamento unilateral, ainda que fora da época de renovação da apólice, em seus aniversários, mediante comunicação expressa com a antecedência mínima de 60 (sessenta) dias consecutivos.

15.7 Atualização de Valores na Renovação

15.7.1 Os Capitais Segurados e os Prêmios relativos a este Contrato de seguro poderão ser corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do Seguro, tomando-se por base a variação positiva acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores ao que antecede o reajuste. Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

15.7.2 O reajuste do Capital Segurado dos aposentados e dos Segurados afastados será feito na mesma proporção do reajuste para os Segurados ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os Segurados ativos.

15.7.3 Nos casos de aumento do Capital Segurado, e sendo contributivo o seguro, caberá ao Estipulante solicitá-lo à seguradora, por escrito, desde que possua autorização de no mínimo 3/4 (três quartos) dos Segurados;

15.7.4 Será admitido mandado outorgado pelo Segurado para que o Estipulante o represente perante a seguradora.

15.7.5 Nos seguros contratados na forma de custeio contributivo, se a alteração implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.



16 - Aplicabilidade de Mora

16.1 A Seguradora pagará, nos termos da legislação específica, multa e juros de mora, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pelo índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

16.2 O pagamento de 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 determinados pelo presente seguro a que se referir a penalidade.

17 - Cancelamento do Seguro

17.1 Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Gerais e/ou nos termos da Cláusula 14 – “Perda de Direito”, destas Condições Gerais.

17.2 A rescisão contratual, total ou parcial, poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, com a concordância recíproca e nos seguros contributários, com a anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado. No caso da rescisão por iniciativa do Segurado ou da seguradora, esta poderá reter, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

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

17.4 Este seguro poderá ser cancelado ainda nos seguintes casos:

- a) decorrido o prazo de vigência do seguro, sem que este haja sido renovado.
- b) simultânea e obrigatoriamente na data do cancelamento do seguro.
- c) automaticamente, com a exclusão do Segurado.
- d) Com o pagamento da indenização decorrente da morte ou Invalidez Permanente total do Segurado.
- e) Com a perda de vínculo entre o estipulante e o Segurado.
- f) Por falta de pagamento do prêmio do seguro, nos termos da cláusula 12 – “Pagamento de Prêmios”.
- g) quando a obrigação que der origem ao seguro for extinta antecipadamente, ficando o seguro automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer

18 - Beneficiários

18.1 O primeiro beneficiário do seguro prestamista é o Credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da



ocorrência do evento coberto, limitado ao Capital Segurado contratado. Em havendo Capital Segurado excedente, este será pago ao(s) beneficiário(s) remanescente(s).

18.2 O Segurado poderá indicar na proposta de adesão pessoa(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o eventual Capital Segurado excedente, na eventualidade da ocorrência de evento coberto decorrente de Morte ou Morte Acidental, sendo o próprio Segurado o segundo beneficiário para as demais coberturas.

18.3 A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada na American Life;

18.4 Não sendo instituído o beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer (em) o que for designado (s), o Capital Segurado será pago aqueles indicados por lei;

18.5 Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à sua subsistência;

18.6 Para fins deste seguro, o companheiro(a) é equiparado ao cônjuge para todos os fins e efeitos de direito.

19 - Estipulante

19.1 O Estipulante e/ou Subestipulante constarão na apólice, ficando investidos dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora e obrigam-se a:

- a) fornecer à Sociedade Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- d) repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- e) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- g) comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- j) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

19.2 É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante



- a) cobrar dos Segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- b) efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

19.3 Sem prejuízo de outras obrigações previstas em regulamentação vigente, as sociedades seguradoras estão obrigadas a:

- a) informar aos Segurados a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitado;
- b) comunicar aos Segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

19.4 Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão, o percentual e o valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

19.4.1 Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante/subestipulante ou à sociedade seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro

19.5 A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante/Subestipulante sempre que lhe for solicitado.

20 - Prescrição

Decorridos os prazos determinados em lei, opera-se a prescrição para este Plano.

21 - Foro

Fica eleito o Foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, quando for o caso, para dirimir eventuais dúvidas oriundas do presente contrato.

22 - Informações Confidenciais

22.1 O Segurado autoriza expressamente a Seguradora a obter, a qualquer tempo, por intermédio de seu Departamento Médico, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do Seguro.



22.2 Para que a Seguradora obtenha as informações e documentação necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente Seguro, inclusive dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa médicos, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional.

23 – Proteção de Dados Pessoais

Os dados pessoais coletados por meio deste instrumento serão utilizados para cumprimento de obrigação legal, regulatória e vinculada ao próprio contrato, em conformidade com a Lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) – LGPD e demais leis aplicáveis à segurança da informação, privacidade e proteção de dados pessoais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo, garantir ao credor, o pagamento de uma indenização limitado ao saldo devedor apurado no momento do sinistro, em caso de morte do Segurado decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado contratado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

3.2. O Capital Segurado fixo não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.

O Capital Segurado, até o limite da obrigação e observado o Capital Segurado vigente na data do sinistro, será pago ao Estipulante.

3.3. Se o valor do saldo devedor apurado for inferior ao valor do Capital Segurado contratado, a diferença será paga ao próprio Segurado ou ao(s) beneficiário(s) por ele previamente designado(s), conforme a garantia contratada reclamada, observado, quanto a beneficiários, o disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil.

3.4. As indenizações decorrentes de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

4. CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida a carência para causas naturais nesta cobertura, e neste caso, estará expresso na apólice e certificado individual do seguro, não podendo exceder metade do prazo de vigência previsto para o presente seguro, conforme estabelecido no item 10.1.3 da Cláusula 10 – Carência e Franquia das condições gerais.



5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo, garantir ao credor, o pagamento de uma indenização limitado ao saldo devedor apurado no momento do sinistro, em caso de morte do Segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado contratado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

3.2 O Capital Segurado fixo não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação. O Capital Segurado, até o limite da obrigação e observado o Capital Segurado vigente na data do sinistro, será pago ao Estipulante.

3.3 Se o valor do saldo devedor apurado for inferior ao valor do Capital Segurado contratado, a diferença será paga ao próprio Segurado ou ao(s) beneficiário(s) por ele previamente designado(s), conforme a garantia contratada reclamada, observado, quanto a beneficiários, o disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil.

3.4 As indenizações decorrentes de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.5 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente que provocou a morte do Segurado.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.



5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo, garantir ao credor, o pagamento de uma indenização limitado ao saldo devedor apurado no momento do sinistro, em caso de invalidez permanente do Segurado relativa à perda ou a impotência funcional definitiva e total de membros ou órgãos em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. Serão caracterizadas como Invalidez Total e Permanente as lesões abaixo discriminadas, mediante comprovação por laudo médico, desde que esteja definitivamente terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e seja definitivo o caráter da invalidez:

DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE COBERTA

- 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.

1.3. Os casos decorrentes de um acidente pessoal não discriminados na tabela acima em que fique comprovada a perda de 100% da capacidade autonômica do Segurado também serão considerados como sendo uma invalidez permanente total.

1.4. Eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão) já existente antes de acidente coberto será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente, para fins de indenização.

1.5. A Invalidez Permanente será avaliada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados e laudo médico que comprovem a Invalidez Permanente Total.

1.6. **A Seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, consideram-se também como excluídos:



- a) **doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- c) **qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- d) **parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- e) **perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- f) **choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;**
- g) **envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- h) **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, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- i) **acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- j) **todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Adesão e serão especificados na Apólice do Seguro.

3.2 O Capital Segurado fixo não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação. O Capital Segurado, até o limite da obrigação e observado o Capital Segurado vigente na data do sinistro, será pago ao Estipulante.

3.3 Se o valor do saldo devedor apurado for inferior ao valor do Capital Segurado contratado, a diferença será paga ao próprio Segurado ou ao(s) beneficiário(s) por ele previamente designado(s), conforme a garantia contratada reclamada, observado, quanto a beneficiários, o disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil.

3.4 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.5 As indenizações decorrentes de Morte Acidental por Invalidez Permanente por Acidente, não se



acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.6 Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo Segurado.

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, **exceto a carência no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de alteração ao seguro.**

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

5.1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

6. JUNTA MÉDICA

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

6.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

6.3 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

6.4 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.

7. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.



8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

O seguro será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA - IFPD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir ao credor, o pagamento de uma indenização limitado ao saldo devedor apurado no momento do sinistro, desde que Segurado o requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total decorrente de Doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 2.1 - Riscos Cobertos, exceto se decorrente do item 3 - Riscos Excluídos, ambos pertencentes a esta cláusula, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2 A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de Doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistros, das Condições Gerais.

1.3 Para contratação dessa cobertura é necessário a contratação da cobertura de Morte - M

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Consideram-se como Riscos Cobertos as ocorrências comprovadas, segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:

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



- i) Estados mórbidos, decorrentes de Doença, a seguir relacionados: • Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou • Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou • Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.2 Demais Riscos Cobertos

2.2.1 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, descrito no item 8 (oito) desta cláusula Adicional, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por dois documentos: - O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

2.2.3 Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

2.2.4 O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, consideram-se também como excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indireta, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;**
- b) a invalidez laborativa permanente total por Doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;**
- c) os quadros clínicos decorrentes de Doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**



- d) as Doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;**
- e) as Doenças agravadas por traumatismos;**
- f) as Doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;**
- g) os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;**
- h) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item dos Riscos cobertos.**

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

4.2 O Capital Segurado fixo não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação. O Capital Segurado, até o limite da obrigação e observado o Capital Segurado vigente na data do sinistro, será pago ao Estipulante.

4.3 Se o valor do saldo devedor apurado for inferior ao valor do Capital Segurado contratado, a diferença será paga ao próprio Segurado ou ao(s) beneficiário(s) por ele previamente designado(s), conforme a garantia contratada reclamada, observado, quanto a beneficiários, o disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil.

4.4 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

4.5 Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único.

5. JUNTA MÉDICA

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

5.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

5.3 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.



5.4 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.

6. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

6.1 Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6.1 As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1 Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, seu pagamento integral extingue, imediata e automaticamente a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro.

7.2 Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

7.3 Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de Prêmios.

8. GLOSSÁRIO MÉDICO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- a) Agravo Mórbido – Piora de uma Doença.
- b) Alienação Mental - Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- c) Aparelho Locomotor – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- d) Atividade Laborativa – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- e) Auxílio - A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- f) Ato Médico – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- g) Cardiopatia Grave – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- h) Cognição – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- i) Conectividade com a Vida – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- j) Consumpção – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por Doença.



- k) **Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- l) **Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- m) **Declaração Médica** - Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- n) **Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- o) **Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de Doença.
- p) **Doença Crônica** - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- q) **Doença Crônica em Atividade** – Doença crônica que se mantém ativa, apesar do tratamento.
- r) **Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- s) **Doença do Trabalho** - Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- t) **Doença em Estágio Terminal** - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- u) **Doença Neoplásica Maligna Ativa** - 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.
- v) **Doença Profissional** – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- w) **Estados Conexos** – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- x) **Etiologia** - Causa de cada Doença.
- y) **Fatores de Risco e Morbidade** – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma Doença, ou que com ela interage.
- z) **Hígido** – Saudável.
- aa) **Médico Assistente** – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- bb) **Prognóstico** – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma Doença.
- cc) **Quadro Clínico** – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- dd) **Recidiva** – Reaparecimento de uma Doença algum tempo depois de um acometimento.
- ee) **Refratariedade Terapêutica** – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- ff) **Relações Existenciais** – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- gg) **Sentido de Orientação** – Faculdade do Segurado se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- hh) **Sequela** – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma Doença.
- ii) **Transferência Corporal** – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.



9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS
CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10



	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
--	--	----

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20



TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA PERDA DE RENDA - DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO - PRDI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo, garantir ao credor, em caso de desemprego involuntário do referido Segurado, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado contratado, carência e Franquia e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2 Esta cobertura poderá ser contratada por empregados com mais de um ano de registro em carteira, desde que possuam jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

1.3 Definições:

1.3.1 Configura a perda involuntária de vínculo empregatício a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

1.4 Elegibilidade:

1.4.1 São elegíveis para a cobertura de Desemprego Involuntário, todas as pessoas físicas, que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento. Exclusivamente para a contagem do período mínimo de vínculo empregatício, será considerado o período de aviso prévio quando trabalhado.

1.4.2 O vínculo empregatício que o Segurado deve manter com uma pessoa jurídica ou pessoa física (Empregador), será através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

1.4.3 Para ter direito à cobertura de Desemprego Involuntário, é obrigatório que o Segurado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

1.4.4 Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove, pelo menos, 12 (doze) meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador, entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, consideram-se também como excluídos:

- a) por jubilação (perda de direito) de pensão ou aposentadoria do Segurado;**
- b) por renúncia ou perda voluntária do trabalho;**
- c) término de um contrato de trabalho temporário (estagiários e trabalhadores temporários em geral);**
- d) demissão por justa causa;**
- e) campanhas de programa de demissão voluntária para fins desta garantia, considera-se demissão em massa quando a empresa demite mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;**



f) adesão a planos de demissões voluntários e/ou incentivadas ou acordo entre empregador/empregador ou por acordo coletivo de trabalho.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

3.2. O Capital Segurado fixo não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação. O Capital Segurado, até o limite da obrigação e observado o Capital Segurado vigente na data do sinistro, será pago ao Estipulante.

3.3. Se o valor do saldo devedor apurado for inferior ao valor do Capital Segurado contratado, a diferença será paga ao próprio Segurado ou ao(s) beneficiário(s) por ele previamente designado(s), conforme a garantia contratada reclamada, observado, quanto a beneficiários, o disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil.

3.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da rescisão do contrato de trabalho do Segurado.

4. CARÊNCIA

Será estabelecido carência de 30 dias para operações de prestação de serviços ou financiamento de bens e, de 90 dias para operações exclusivamente financeiras.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA - DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TOTAL OU TEMPORÁRIA - PRDIT

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo, garantir ao credor, o pagamento de uma indenização limitado ao saldo devedor apurado no momento do sinistro, em caso de incapacidade em decorrência de doença ou de acidente pessoal que incapacite o Segurado, de forma total e por período temporário, sendo ele trabalhador liberal, de exercer atividade laboral relativa à sua principal fonte de remuneração, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado contratado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária validar-se-á somente aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.

1.3. A cobertura de incapacidade física total e temporária é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite de Capital Segurado contratado.

1.4. A incapacidade de que trata o caput é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.5. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

1.6. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Incapacidade Física Total e Temporária é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis) meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

Elegibilidade:

São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos devidamente comprovados e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, consideram-se também como excluídos.

- a) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- b) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**
- c) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**



- e) doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- f) infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- g) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- h) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras;
- i) incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração da apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- j) hospitalização para check-up;
- k) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente depois de esgotado o Capital Segurado contratado para este mesmo evento coberto;
- l) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (lrc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cervicobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados ou lesões similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.);
- m) gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;
- n) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual;
- o) controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas conseqüências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- p) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- q) alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o "stress".

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

3.2. O Capital Segurado fixo não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da



obrigação. O Capital Segurado, até o limite da obrigação e observado o Capital Segurado vigente na data do sinistro, será pago ao Estipulante.

3.3. Se o valor do saldo devedor apurado for inferior ao valor do Capital Segurado contratado, a diferença será paga ao próprio Segurado ou ao(s) beneficiário(s) por ele previamente designado(s), conforme a garantia contratada reclamada, observado, quanto a beneficiários, o disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil.

3.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da constatação do afastamento da atividade remunerado do Segurado.

4. CARÊNCIA/FRANQUIA

4.1 – Será estabelecido Franquia de 15 dias, ou seja, as indenizações serão devidas a partir do 16º dia da caracterização da incapacidade.

Para o pagamento das indenizações, serão observadas:

a) quando o período de indenização for igual ou menor do que 30 dias, o pagamento da renda será feito de uma só vez, e;

b) quando maior do que 30 dias, o pagamento da renda será feito a cada intervalo de 30 dias até a alta médica ou o pagamento do número de rendas contratadas, o que ocorrer primeiro.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.