



CONDIÇÕES GERAIS SEGURO PRESTAMISTA FINANCEIRO

Processo SUSEP Nº 15414.901073/2014-30 - CIA Zurich Minas Brasil Seguros S/A
O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da
Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização

Índice

1. CARACTERÍSTICAS	8
2. OBJETIVO	8
3. DEFINIÇÕES	8
4. COBERTURAS	12
5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	13
6. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO	15
7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO	15
8. CUSTEIO DO SEGURO	17
9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	17
10. CANCELAMENTO DA APÓLICE	18
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	19
12. CAPITAL SEGURADO	20
13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	20
14. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO	21
15. BENEFICIÁRIO(S)	21
16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	21
17. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	22
18. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA	23
19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	23
20. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	24
21. ALTERAÇÕES DA APÓLICE	26
22. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	26
23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	28
24. TRIBUTO	28
25. PRESCRIÇÃO	28
26. FORO	28
27. DISPOSIÇÕES FINAIS	28
28. LGPD - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS	29

COBERTURA DE MORTE (M) 30

1. OBJETIVO	30
2. DEFINIÇÃO	30
3. RISCOS EXCLUÍDOS	30
4. CAPITAL SEGURADO	31
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	31
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	31
7. PRÊMIO	31
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	32
9. CARÊNCIA	32
10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	32
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	33

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) 34

1. OBJETIVO	34
2. DEFINIÇÃO	34
3. RISCOS EXCLUÍDOS	34

4. CAPITAL SEGURADO 35
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA 35
6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA 35
7. PRÊMIO 35
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 36
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 36
10. DISPOSIÇÕES GERAIS 37

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA) 38

1. OBJETIVO 38
2. DEFINIÇÕES 38
3. RISCOS EXCLUÍDOS 39
4. CAPITAL SEGURADO 40
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 40
6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES 40
7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE 41
8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA 44
9. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA COBERTURA 45
10. PRÊMIO 45
11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 45
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 45
13. DISPOSIÇÕES GERAIS 46

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 47

1. OBJETIVO 47
2. DEFINIÇÕES 47
3. RISCOS EXCLUÍDOS 47
4. CAPITAL SEGURADO 49
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 49
6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES 49
7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE 49
8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA 50
9. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA COBERTURA 50
10. PRÊMIO 50
11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 50
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 50
13. DISPOSIÇÕES GERAIS 51

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI) 52

1. OBJETIVO 52
2. ELEGIBILIDADE 52
3. RISCOS EXCLUÍDOS 52
4. CAPITAL SEGURADO 53
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 54
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA 54
7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA 54
8. CARÊNCIA 54

9. FRANQUIA	54
10. PRÊMIO	54
11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	55
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	55
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	55
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (ITTAD)	56
1. OBJETIVO	56
2. ELEGIBILIDADE	56
3. RISCOS EXCLUÍDOS	56
4. CAPITAL SEGURADO	58
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	59
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	59
7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	59
8. PRÊMIO	59
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	59
10. CARÊNCIA	60
11. FRANQUIA	60
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	60
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	61
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (ITTA)	62
1. OBJETIVO	62
2. ELEGIBILIDADE	62
3. RISCOS EXCLUÍDOS	62
4. CAPITAL SEGURADO	64
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	64
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	64
7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	65
8. PRÊMIO	65
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	65
10. CARÊNCIA	65
11. FRANQUIA	65
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	65
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	66
COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)	67
1. OBJETIVO	67
2. ELEGIBILIDADE	67
3. RISCOS EXCLUÍDOS	67
4. CAPITAL SEGURADO	69
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	70
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	70
7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	70
8. PRÊMIO	70
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	70
10. CARÊNCIA	70
11. FRANQUIA	70

- 12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 71
- 13. DISPOSIÇÕES GERAIS 71

COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (IHA) 72

- 1. OBJETIVO 72
- 2. ELEGIBILIDADE 72
- 3. RISCOS EXCLUÍDOS 72
- 4. CAPITAL SEGURADO 74
- 5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 74
- 6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA 75
- 7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA 75
- 8. PRÊMIO 75
- 9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 75
- 10. CARÊNCIA 75
- 11. FRANQUIA 75
- 12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 75
- 13. DISPOSIÇÕES GERAIS 76

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - FUNCIONAL (IPD-F) 77

- 1. OBJETIVO 77
- 2. DEFINIÇÕES 77
- 3. RISCOS COBERTOS 79
- 4. RISCOS EXCLUÍDOS 81
- 5. CAPITAL SEGURADO 82
- 6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ 82
- 7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA 83
- 8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA 83
- 9. PRÊMIO 83
- 10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 83
- 11. CARÊNCIA 83
- 12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 84
- 13. DISPOSIÇÕES GERAIS 84

ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - FUNCIONAL 85

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF 85

DOCUMENTO 1 - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS 85

DOCUMENTO 2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE 87

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - LABORATIVA (IPD-L) 88

- 1. OBJETIVO 88
- 2. DEFINIÇÕES 88
- 3. RISCOS COBERTOS 90
- 4. RISCOS EXCLUÍDOS 91
- 5. CAPITAL SEGURADO 92
- 6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ 92
- 7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA 93
- 8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA 93
- 9. PRÊMIO 93

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	93
11. CARÊNCIA	93
12. OCORRÊNCIA DE SINISTRO E PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	94
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	94
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)	96
1. OBJETIVO	96
2. ELEGIBILIDADE	96
3. RISCOS EXCLUÍDOS	96
4. CAPITAL SEGURADO	98
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	99
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	99
7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	99
8. PRÊMIO	99
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	99
10. CARÊNCIA	100
11. FRANQUIA	100
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	100
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	101
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA) .102 1.	OBJETIVO 102
2. ELEGIBILIDADE	102
3. RISCOS EXCLUÍDOS	102
4. CAPITAL SEGURADO	104
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	104
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	104
7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	104
8. PRÊMIO	105
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	105
10. CARÊNCIA	105
11. FRANQUIA	105
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	105
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	106
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)	107
1. OBJETIVO	107
2. ELEGIBILIDADE	107
3. RISCOS EXCLUÍDOS	107
4. CAPITAL SEGURADO	109
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	110
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	110
7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	110
8. PRÊMIO	110
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	110
10. CARÊNCIA	110
11. FRANQUIA	110
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	111
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	111

COBERTURA DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA) 112

1. OBJETIVO 112
2. ELEGIBILIDADE 112
3. RISCOS EXCLUÍDOS 112
4. CAPITAL SEGURADO 114
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 114
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA 115
7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA 115
8. PRÊMIO 115
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 115
10. CARÊNCIA 115
11. FRANQUIA 115
12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 115
13. DISPOSIÇÕES GERAIS 116

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE 117

1. OBJETIVO 117
2. FORMA DE ADESÃO DO CÔNJUGE 117
3. RISCOS COBERTOS 118
4. RISCOS EXCLUÍDOS 118
5. CAPITAL SEGURADO 118
6. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL 118
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO CÔNJUGE 118
8. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS 119
9. RATIFICAÇÃO 119

1. CARACTERÍSTICAS

1.1 A Zurich Minas Brasil Seguros S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Pessoas Coletivo - Prestamista, descrito nestas Condições Gerais e Condições Especiais.

2. OBJETIVO

2.1 O presente Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), até o limite do capital segurado contratado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.

2.2 Este Seguro não pode ser contratado por menores de 14 (quatorze) anos.

2.3 Caso o proponente possua idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a Proposta de Adesão.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, 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, observando-se que:

3.1.1 Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2 Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.

3.2 Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

3.3 Atividade Laborativa Principal: Aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

3.4 Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro..

3.5 Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

3.6 Capital Segurado Vinculado: modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

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

3.8 Certificado Individual do Seguro: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

3.9 Cobertura de risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

3.10 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

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

3.12 Condições Gerais: é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.

3.13 Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

3.14 Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades de determinada contratação de plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

3.15 Credor: é a pessoa física ou jurídica com a qual o Segurado contraiu a obrigação objeto deste seguro, sendo também, no caso desta apólice, o Estipulante do Seguro.

- 3.16 Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação.
- 3.17 Doenças Preexistentes: doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.
- 3.18 Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.
- 3.19 Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).
- 3.20 Excedente Técnico: é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico de uma Apólice Coletiva, em determinado período.
- 3.21 Franquia: é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.
- 3.22 Garantias: é(são) a(s) designação(ões) utilizada(s) para definir as responsabilidades.
- 3.23 Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva..
- 3.24 Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.
- 3.25 Hospital: é o estabelecimento hospitalar legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.
- 3.25.1 Não se entende como estabelecimento hospitalar: clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente reconhecidos pela seguradora.
- 3.26 Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das Coberturas.
- 3.27 Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 3.28 Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 3.29 Migração de Apólices: substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- 3.30 Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contem a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.
- 3.31 Obrigação: produto, serviço 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.
- 3.32 Prazo de 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.
- 3.33 Profissionais Autônomos e Liberais Regulamentados: é todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade, e que sejam contribuintes regulares à previdência social. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.
- 3.34 Profissionais Autônomos e liberais NÃO regulamentados: é todo aquele que exerce sua atividade profissional remunerada sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, e que não tenham como comprovar vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.
- 3.35 Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 3.36 Prêmio Global: é a soma das contribuições dos Segurados individuais, recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.

3.37 Prêmio Individual: é o valor devido pelo Segurado à Seguradora, nos seguros em que inexistente Vínculo prévio ao seguro entre Segurado e Estipulante.

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

3.39 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.

3.40 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.

3.41 Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.

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

3.43 Segurado Dependente: é o Cônjuge do Segurado. Será considerado como Cônjuge, para fim de inclusão, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge, mediante comprovação de união estável.

3.44 Seguradora: é a Zurich Minas Brasil Seguros S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.45 Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3.46 Vínculo: é a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

4. COBERTURAS

4.1 As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas Condições Especiais de cada Cobertura.

- Morte (M)
- Morte Acidental (MA)
- Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Desemprego Involuntário (DI)
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD)
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA)
- Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)
- Internação Hospitalar por Acidente (IHA)
- Invalidez por Doença - Funcional (IPD-F)
- Invalidez por Doença - Laborativa (IPD-L)
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
- Diárias por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD)
- Diárias por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)

4.2 Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge.

4.3 A(s) Cobertura(s) a serem contratadas será(ão) expressa(s), no contrato, na apólice e no Certificado Individual do Seguro.

5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

5.1 Vigência e Renovação da Apólice

5.1.1 O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido na Contrato e na Proposta de Contratação. A vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, do referido Contrato, devidamente assinado pelo Estipulante sem qualquer modificação ao seu conteúdo.

5.1.1.1 Quando a obrigação possuir data prevista de término, o prazo do seguro corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado, sendo as datas de início e término especificadas no certificado individual, e também na apólice quando couber.

5.1.1.2 Quando a obrigação perdurar por período indeterminado, os prazos de vigência serão acordados entre as partes.

5.1.1.3 O início e término de vigência do seguro será a 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos.

5.1.2 O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente. A cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice ou do respectivo Certificado Individual, se este não for renovado.

5.1.3 A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.

5.1.3.1 A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

5.1.4 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante, exclusivamente.

5.1.4.1 Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

5.1.4.2 Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.

5.1.5 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no art. 09 - Cobrança e Pagamento dos Prêmios

5.2 Vigência dos Certificados Individuais

5.2.1 Obrigatoriamente a seguradora deverá emitir e enviar o certificado individual do seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

5.2.2 O início de vigência do Certificado Individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

5.2.3 Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

5.2.4 Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

5.2.5 A vigência dos Certificados Individuais corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término, ou será acordado entre as partes, nos casos em que a obrigação perdurar por período indeterminado.

5.2.6 O término de vigência do Certificado Individual constará no Certificado Individual do Seguro e não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice.

6. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

6.1 O Contrato e a Proposta de Contratação, assinados obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverão ser entregues à Seguradora.

6.2 No caso das propostas de que trata o item acima, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

6.3 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

6.4 A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

6.5 A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.

6.5.1 Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio Global, pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá garantia pelo seguro.

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

7.1 As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente.

7.2 A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão assinada pelo proponente. No caso das propostas de que trata o item, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

7.2.1 A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

7.3 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no seguro.

7.3.1 A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.

7.3.2 É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.

7.3.3 Decorrido o prazo estipulado no item 7.3 sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

7.3.4 Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo. Para atualização do prêmio será considerado o período desde a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa. Neste período o proponente estará coberto pelo seguro.

7.3.5 A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.

7.4 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(s) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

7.4.1 A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Garantia ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

7.4.2 O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

7.5 Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.

7.5.1 Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.

7.5.2 O percentual de que trata o subitem anterior constará no certificado individual.

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

7.6 Caso o credor e o Segurado repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser

formalmente comunicada.

7.6.1 Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo da devolução do prêmio excedente, se houver.

7.6.2 Se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará sobre o interesse na extensão da vigência do seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos no item 7.3 para a aceitação do risco.

8. CUSTEIO DO SEGURO

8.1 Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a) não contributivo: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
- b) contributivo: aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1 É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

9.1.1 Os prêmios poderão ser pagos de uma única vez, mensalmente, semestralmente ou anualmente. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.

9.2 Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

9.3 Quando houver previsão de pagamento do prêmio de consignação em folha, as condições contratuais deverão prever que a ausência do repasse à Sociedade Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura do Estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

9.4 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio, 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 na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

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

9.6 Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido contratualmente.

9.7 Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

9.7.1 Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

9.8 Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Estipulante será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, sob pena de cancelamento da Apólice.

9.8.1 Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência terão cobertura, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, o seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

9.8.2 Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela de Prêmio, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

9.9 Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito à(s) Cobertura(s) contratada(s) do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento da(s) Indenização(ões) eventualmente devida(s), sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

10. CANCELAMENTO DA APÓLICE

10.1 A Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 9.8.2 destas Condições Gerais;
- d) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, o Certificado Individual será cancelado;
- e) na hipótese de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

10.2 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- a) a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

10.3 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1 A cobertura de cada Segurado cessa:

11.1.1 Nas Apólices Coletivas com Vínculo prévio ao Seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 10;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
- g) com a extinção antecipada da obrigação, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

11.1.2 Nas Apólices Coletivas com Vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 10;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
- f) quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o disposto no item 9.8.2 destas Condições Gerais;
- g) com a extinção antecipada da obrigação, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

12. CAPITAL SEGURADO

12.1 A modalidade de capital segurado deste plano de seguro é a de Capital Segurado Vinculado, ou seja, o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

12.2 Os valores dos capitais segurados serão sempre expressos em Reais, e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por cobertura ou conjunto de coberturas, mesmo nos casos em que a obrigação seja em outra moeda.

12.3 Será considerado como novo seguro qualquer aumento de responsabilidade não previsto inicialmente na dívida ou

compromisso assumido pelo segurado, ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.

12.4 Os capitais máximos de cada Segurado não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.

12.5 Desde que expressamente definido no Contrato de Seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado poderão ser incorporados ao valor do Capital Segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga em caso de sinistro coberto.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

13.1 Não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio correspondente. O Prêmio, de acordo com o previsto na Apólice, será fixo ou recalculado na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração no Capital Segurado Vinculado.

13.2 Nas Apólices coletivas, o Estipulante, ou nos Certificados Individuais, o Segurado, poderão solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado, que dependerá da aceitação da Seguradora.

14. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

14.1 O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável.

14.2 A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalcular as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

14.3 As modificações previstas no item 14.2 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

15. BENEFICIÁRIO(S)

15.1 O primeiro beneficiário do seguro 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.

15.2 A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, será paga ao segundo beneficiário indicado, no caso de morte do segurado, ou ao próprio segurado, no caso de evento garantido pelas demais coberturas.

15.2.1 O(s) segundo(s) beneficiário(s) referido(s) no item 15.2, será(ão) o(s) indicado(s) livremente pelo Segurado no Formulário de Indicação de Beneficiários, podendo o mesmo substituí-los a qualquer tempo, mediante solicitação por escrito à Seguradora.

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

16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

16.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).

16.2 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

17. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

17.1 Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

17.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

17.3 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Coberturas, observados os itens 17.6 e 17.6.1 destas Condições Gerais.

17.3.1 A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

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

17.5 Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

17.6 A documentação listada nas respectivas Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.

17.6.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 17.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

17.7 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora. O pagamento dos 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.

17.8 Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

17.9 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

17.10 Qualquer indenização decorrente deste seguro somente será paga em reais no Brasil.

18. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

18.1 A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

18.2 No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

18.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, 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.

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

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado por si ou por, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.2 Sem prejuízo do previsto nos itens 7.4, 7.4.1 e 7.4.2., se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

19.2.1 Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

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

19.2.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

- 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(s) Beneficiário(s) ou restringindo a Garantia contratada para riscos futuros.

19.2.3 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

19.3 O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.

19.4 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

20. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

20.1 Esta Cláusula poderá ser contratada opcionalmente e deverá estar prevista em Contrato.

20.2 Para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item "DEFINIÇÕES" das Condições Gerais deste seguro.

20.3 Apuração do Resultado

20.3.1. A periodicidade da apuração será definida em contrato, podendo ser anual, semestral ou plurianual.

20.3.2. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da Apólice, efetivamente pagos, líquidos de Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF;
- b) estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados - IBNR do período anterior;
- d) recuperação de Sinistros do ressegurador.

20.3.3. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como DESPESAS:

- a) comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c) comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) Prêmios de resseguro;
- e) valor total dos Sinistros avisados e despesas de Sinistro, compreendendo, mas não se limitando a, despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc., ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os Sinistros com pagamento parcelado;
- f) alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) saldo da provisão de IBNR do período;
- h) saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos e/ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os Prêmios efetivamente pagos durante o período.

20.3.4. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

20.3.5. A provisão de IBNR será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido contratualmente, sobre os Prêmios definidos no item 20.3.2 (a) menos os Prêmios definidos no item 20.3.3 (d) referentes ao período de apuração.

20.3.6. Como saldo da provisão de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao

da atual apuração.

20.3.7. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

20.4 Condições para Distribuição do Excedente Técnico

20.4.1. A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

20.4.2. Em caso de não renovação da Apólice, a distribuição do Excedente Técnico será recalculada após 12 (doze) meses contados do prazo máximo estabelecido no item 20.4.1. acima e, somente a partir de então, o pagamento se devido, será realizado.

20.4.3. Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

20.4.4. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.

20.5 Distribuição do Excedente Técnico

20.5.1. Será distribuído ao Estipulante um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e estabelecido contratualmente.

20.5.2. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o seguro for contributivo. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.

21. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

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

21.1.1 Qualquer modificação na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

22. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais, são, ainda, obrigações do Estipulante e do Consignante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais (de acordo com as normas vigentes de Manutenção do Cadastro Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas bem como de aceitação do risco);
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do Prêmio no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar o Prêmio à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro, ou expectativa de Sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no

caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

m) O Estipulante e o Segurado devem informar à Seguradora qualquer mudança de endereço ou na condição do risco segurado.

n) Nos seguros com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízos aos Segurados ou respectivos Beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

24. TRIBUTO

24.1 Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

25. PRESCRIÇÃO

25.1 Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

26. FORO

26.1 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

27.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Sociedade Seguradora, no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

27.4 Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

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

27.6 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.

28. LGPD - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

28.1 O CLIENTE reconhece que os dados pessoais e/ou de saúde do CLIENTE foram usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, conforme autorização dada pelo CLIENTE na proposta de contratação, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros..

28.2 O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.

28.3 O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com.

28.4 A SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da

finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor acesse <https://www.zurich.com.br>.

Cobertura de Morte (M)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura, prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- m) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

9.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

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

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

Cobertura de Morte Acidental (MA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura quando contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, as garantias da Cobertura de Morte e Cobertura de Morte Acidental se acumulam.

10.2 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente (IPA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2 Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, conforme item 7 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.3 A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

2.4 Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física

do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

2.5 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

2.6 A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.6.1 Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- q) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- r) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto de invalidez permanente parcial, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1 As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das Coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada esta cobertura.

6.1.1. Se o segurado pagar o prêmio referente a mais de uma cobertura de invalidez, na ocorrência de sinistro deverá receber a indenização referente às duas garantias, se for devida a indenização, sem qualquer dedução.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INCLUIR IMAGENS

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA COBERTURA

9.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1 Para o Segurado:

- simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

10. PRÊMIO

10.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

12.2 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 7 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.3. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

2.4. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.4.1. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de

humanidade em auxílio de outrem;

- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- p) doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- q) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- r) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Não há reintegração do Capital Segurado, após ocorrência de um Evento Coberto.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada esta cobertura.

6.1.1. Se o segurado pagar o prêmio referente a mais de uma cobertura de invalidez, na ocorrência de sinistro deverá receber a indenização referente às duas garantias, se for devida a indenização, sem qualquer dedução.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INCLUIR IMAGENS

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente

com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

12.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

Cobertura de Desemprego Involuntário (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1. A Cobertura de Desemprego Involuntário (DI) não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador, ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade acumulado nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior a 30 (trinta) dias.

2.1.1. Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

2.1.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, 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.

2.2. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017;
- b) pedido de demissão pelo empregado;
- c) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- d) qualquer acordo entre empregado e empregador;
- e) dispensa do empregado por justa causa;
- f) jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- g) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- h) prestação de Serviço Militar;
- i) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- j) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;
- k) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- l) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;
- m) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2;
- n) segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;
- o) proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
- p) militares que sejam exonerados de suas funções;
- q) proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado e

por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. As parcelas serão indenizadas enquanto o segurado permanecer na condição de desempregado, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no subitem 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. CARÊNCIA

8.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

9. FRANQUIA

9.1. É de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em território o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)

- cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1. Somente terá direito a esta garantia o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.25 das Condições Gerais.
- 2.2. Após um evento de incapacidade física total e temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
 - h) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência

sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, exceto a esterilização feminina e masculina;

- i) tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- j) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- k) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- l) doenças degenerativas da coluna vertebral;
- m) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- n) doenças crônicas: doenças degenerativas do sistema músculo- esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos, mesmo em fase aguda;
- o) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- p) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- q) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- r) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- s) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- t) dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- u) entesopatia;
- v) entorses, distensões, contusões;
- w) fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- x) fraturas patológicas;
- y) lesões Infra-articulares de joelho;
- z) lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- aa) luxação de Ombro (acrômio - clavicular ou gleno umeral);
- bb) síndromes compressivas nervosas;
- cc) diálises e hemodiálises;
- dd) qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrente de doença;
- ee) gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que não decorrentes de acidentes pessoais;
- ff) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- gg) quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, exceto a gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
- hh) internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- ii) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- jj) doenças mentais ou psiquiátricas;
- kk) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- ll) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência;
- mm) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. As parcelas serão indenizadas enquanto o segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado, a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

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

10.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente

preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);

- cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- exames médicos complementares realizados;
- comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê Leão - último;
- cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta garantia o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.25. das Condições Gerais.

2.2. Após um evento de incapacidade física total e temporária por Acidente Pessoal indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
- acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou

- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados, exceto os tratamentos que forem restauradores decorrentes de acidente pessoal coberto pelo seguro;
- i) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- j) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- k) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- l) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) Acidente Vascular Cerebral;
- o) dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- p) entesopatia;
- q) entorses, distensões, contusões;
- r) fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- s) fraturas patológicas;
- t) lesões Infra-articulares de joelho;
- u) lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- v) luxação de Ombro (acrômio - clavicular ou gleno umeral);
- w) síndromes compressivas nervosas;
- x) doenças mentais ou psiquiátricas;
- y) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- z) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto; aa) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- bb) automutilações e lesões auto-infligidas, estando o segurado mentalmente doente ou são;
- cc) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência;
- dd) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
 - 4.1.1. As parcelas serão indenizadas enquanto o segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação ocupação em decorrência de Acidente Pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado, a data do acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente à esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura.

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- exames médicos complementares realizados;
- comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê Leão - último;
- cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Cobertura de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de internação hospitalar do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais NÃO regulamentados, conforme definido no item 3.26. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.2. Esta cobertura cobre a internação hospitalar emergencial (não eletiva) exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.

2.3. Após um evento de internação hospitalar indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da alta médica.

2.4. Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:

- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital no item 3.21. das Condições Gerais;
- instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou "SPAs";
- "Home care" (internação domiciliar).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
- c) toda e qualquer internação hospitalar não emergencial ou eletiva de caráter clínico ou cirúrgico;
- d) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- e) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- h) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- i) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, exceto a esterilização feminina e masculina;
- j) tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- k) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- l) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- m) doenças degenerativas da coluna vertebral;
- n) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- o) doenças crônicas: doenças degenerativas do sistema músculo- esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos , mesmo em fase aguda;
- p) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- q) diálises e hemodiálises;
- r) doenças mentais ou psiquiátricas;
- s) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- t) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- u) internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- v) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;
- w) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- x) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- y) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- z) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. As parcelas serão indenizadas enquanto o segurado permanecer internado, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do primeiro dia de internação hospitalar.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.3. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após

entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

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

10.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

11.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

11.2. Internações por período igual ou inferior à franquia não dão direito a indenização.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- exames médicos complementares realizados;
- original da Declaração do Hospital, comprovando causa, data de internação e data de alta médica;
- comprovante de Registro INSS, Declaração de Imposto de Renda, ou carta de próprio punho declarando suas atividades, assinada com firma reconhecida;
- cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Cobertura de Internação Hospitalar por Acidente (IHA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de internação hospitalar do Segurado em decorrência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais NÃO regulamentados, conforme definido no item 3.26 das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.2. Esta cobertura cobre a internação hospitalar emergencial por Acidente Pessoal (não eletiva) exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.

2.3. Após um evento de internação hospitalar por Acidente Pessoal indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da alta médica.

2.4. Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:

- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital no item 3.21. das Condições Gerais;
- instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou "SPAs";
- "Home care" (internação domiciliar).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;

c) toda e qualquer internação hospitalar não emergencial ou eletiva de caráter clínico ou cirúrgico;

d) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, tratamento para esterilização, fertilização, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;

e) os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

f) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

- o início de vigência do seguro; ou

- da solicitação de aumento de Capital. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;

- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- j) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- k) Acidente Vascular Cerebral;
- l) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- m) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Acidente Pessoal coberto ocorrido na vigência do seguro;
- n) internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- o) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- p) doenças mentais ou psiquiátricas;
- q) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- r) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;
- s) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- t) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- u) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- v) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- w) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. As parcelas serão indenizadas enquanto o segurado permanecer internado em decorrência de Acidente Pessoal coberto, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.3. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

- 8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

- 10.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura.

11. FRANQUIA

- 11.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.
- 11.2. Internações por período igual ou inferior à franquia não dão direito a indenização.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- exames médicos complementares realizados;
- original da Declaração do Hospital, comprovando causa, data de internação e data de alta médica;
- comprovante de Registro INSS, Declaração de Imposto de Renda, ou carta de próprio punho declarando suas atividades, assinada com firma reconhecida;
- cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Cobertura de Invalidez por Doença - Funcional (IPD-F)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta Cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as Coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. **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.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** no caso da Cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12. **Deambular:** ato de andar livremente.
- 2.13. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. **Deficiência Visual:** perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.
- 2.15. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. **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.
- 2.21. **Doença Profissional:** aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.22. **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. **Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. **Hígidez:** estado saudável.
- 2.26. **Médico Assistente:** médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

- 2.28. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. Relações autonômicas: entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.32. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.33. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.34. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.35. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se como Risco Coberto, a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

3.1.1 A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes única e exclusivamente de:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu 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);
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual:
 - 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 60º;
 - 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, 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.

3.2 Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.1 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 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.1.1 O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização

de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

3.2.1.2 Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.1.3 Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, considerando, também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autônomicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- i) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- j) doenças agravadas por traumatismos;
- k) invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado;
- l) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas, orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- m) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa ou a concausa (determinante) seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional e/ou aquelas relacionadas no Quadro de Doenças Ocupacionais / Lei Previdenciária nº 8.213/91 que normatiza o direito por doença do trabalho ou doença profissional.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.

5.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a

enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1., desta Cobertura. A data da invalidez por doença – funcional será determinada 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.

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

6.1 As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença Funcional 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 pagar a Indenização.

6.2 A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.

6.3 A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

11. CARÊNCIA

11.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);

- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;
- cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Anexo à Cobertura de Invalidez por Doença – Funcional Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF

Documento 1 - Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

Documento 2 - Tabela De Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

Cobertura de Invalidez por Doença – Laborativa (IPD-L)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento antecipado do saldo devedor atualizado na data do sinistro, previsto para a cobertura principal (excluindo-se o valor de juros, multa e quaisquer encargos), incluindo as parcelas em atraso, em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, em consequência de doença coberta, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais. Essa cobertura é exclusiva para operações contempladas pelo Sistema de Financiamento Imobiliário (SFI), conforme Lei 9.514/1997 e Resolução BACEN 4.676/2018, e não enquadradas como seguro Habitacional, nos termos da legislação vigente.

1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as Coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.

1.3. Para fins desta cobertura, entende-se que a indenização a que o Segurado fará jus, considerando como Risco Coberto, por meio da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, somente será devida no caso em que o próprio Segurado seja considerado INVÁLIDO DE FORMA DEFINITIVA E PERMANENTE POR CONSEQUÊNCIA DE DOENÇA, que o impeça de desenvolver definitivamente sua atividade laborativa principal e que pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, desde que a data do início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença caracterizada seja posterior à data de sua inclusão no seguro, e enquanto houver sua permanência contratual.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Agravamento Mórbido: piora de uma doença.

2.2. 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.

2.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

- 2.4. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
- 2.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. Dados Antropométricos: no caso da Cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12. Deambular: ato de andar livremente.
- 2.13. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.
- 2.15. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. 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.
- 2.21. Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.22. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. Etiologia: causa de cada doença.
- 2.24. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. Hígidez: estado saudável.
- 2.26. Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. Relações autônômicas: entende-se como pleno exercício das relações autônômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.32. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.33. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.34. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.35. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se como Risco Coberto, aquela que ocorrer em data posterior à data da assinatura do contrato de financiamento, causada por doença, que determine a incapacidade total e permanente para o exercício da atividade laborativa principal do Segurado.
- 3.2. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.3. Considera-se a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para atividade laborativa principal do Segurado.
- 3.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 3.5. Não podem configurar como segurados, para a invalidez laborativa permanente total por acidente ou doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.
- 3.6. Nos casos em que o segurado não exercer qualquer atividade laborativa considerar-se-á coberto, além do risco de morte, o risco de invalidez permanente causada por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, que determine a incapacidade total e permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laborativa.
- 3.7. Nos casos em que o segurado se encontrar em gozo de benefício previdenciário de invalidez considerar-se-á coberto apenas o risco de morte.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, considerando, também como Riscos Excluídos, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
 - doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- i) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- j) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- k) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- l) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- m) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.
- p) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- q) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente; e
- r) doenças agravadas por traumatismos.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Laboral pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.
- 5.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do sinistro, a data da constatação clínica consignada no respectivo laudo.

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 6.1. A Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença deve ser comprovada através de declaração médica, com observância às restrições para doenças e lesões pré-existentes e suas consequências.
- 6.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 6.3. Havendo quaisquer divergências sobre a causa e natureza, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora irá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 6.4. A junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 6.5. 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.
- 6.6. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 7.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 8.1. Após o pagamento da indenização o Segurado deverá ser automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores de prêmios eventualmente pagos após esta data devidamente atualizados.
- 8.2. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - b) com a indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica; e

c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

11. CARÊNCIA

11.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

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

12. OCORRÊNCIA DE SINISTRO E PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado/Estipulante, ou por quem suas vezes fizer, participará o sinistro, por carta registrada ou e-mail ao financiador e à seguradora logo que o saiba, e tomará as providências imediatas para minorar-lhe as consequências, ficando facultado à Seguradora a adoção de medidas tendentes à plena elucidação do fato, prestando a assistência que for necessária a tal fim.

12.2. A indenização corresponderá à quantia necessária à quitação total do financiamento, assim entendido o saldo devedor vincendo, na data do sinistro.

12.3. Caso haja mais de um segurado na composição da renda para fins de seguro, o valor da indenização será proporcional ao percentual de responsabilidade correspondente ao segurado que tenha falecido ou se tornado inválido, prevalecendo o percentual vigente na data do sinistro.

12.4. Na hipótese do subitem 12.3 desta Cláusula, havendo liquidação parcial da dívida, o seguro Prestamista será mantido para os demais componentes da renda, relativamente a dívida remanescente.

12.5. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Contrato de financiamento, promessa de financiamento ou empréstimo garantido por hipoteca; b) Comprovante de averbação no seguro;
- Ficha Socioeconômica no caso de não constar percentual de renda no contrato;
- Declaração médica de invalidez permanente;
- Demonstrativo do desenvolvimento do Saldo Devedor.

12.6. A Seguradora pode exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

12.7. O Segurado se obriga a permitir o exame, pela Seguradora, se ela assim julgar necessário.

12.8. Todas as despesas efetuadas com a comprovação regular do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Financiador, salvo as diretamente realizadas ou autorizadas pela Seguradora.

12.9. Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de afastamento, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta garantia o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.25. das Condições Gerais.

2.2. Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- h) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, exceto a esterilização feminina e masculina;
- i) tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- j) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- k) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- l) doenças degenerativas da coluna vertebral;
- m) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- n) doenças crônicas: doenças degenerativas do sistema músculo- esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma;

aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos, mesmo em fase aguda;

o) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

p) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

q) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

r) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

s) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

t) dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;

u) entesopatia;

v) entorses, distensões, contusões;

w) fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;

x) fraturas patológicas;

y) lesões Infra-articulares de joelho;

z) lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;

aa) luxação de Ombro (acrômio - clavicular ou gleno umeral);

bb) síndromes compressivas nervosas;

cc) diálises e hemodiálises;

dd) qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrente de doença; ee) gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que não decorrentes de acidentes pessoais;

ff) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;

gg) quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, exceto a gastroplastia em casos de síndrome metabólica;

hh) internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;

ii) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

jj) doenças mentais ou psiquiátricas;

kk) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;

ll) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência;

mm) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária proporcional à obrigação a que o seguro está atrelado, e por um limite máximo de diárias indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. As diárias serão indenizadas enquanto o segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado, a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada

Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

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

10.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

11.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis estabelecido contratualmente.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;

- exames médicos complementares realizados;
 - comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê Leão - último;
 - cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.
- (*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de afastamento, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1. Somente terá direito a esta garantia o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.25. das Condições Gerais.
- 2.2. Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
 - h) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados, exceto os tratamentos que forem

restauradores decorrentes de acidente pessoal coberto pelo seguro;

- i) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- j) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- k) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- l) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) Acidente Vascular Cerebral;
- o) dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- p) entesopatia;
- q) entorses, distensões, contusões;
- r) fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- s) fraturas patológicas;
- t) lesões Infra-articulares de joelho;
- u) lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- v) luxação de Ombro (acrômio - clavicular ou gleno umeral);
- w) síndromes compressivas nervosas;
- x) acidente Vascular Cerebral;
- y) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- z) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- aa) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- bb) automutilações e lesões auto-infligidas, estando o segurado mentalmente doente ou são;
- cc) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência;
- dd) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária proporcional à obrigação a que o seguro está atrelado, e por um limite máximo de diárias indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. As diárias serão indenizadas enquanto o segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em decorrência de Acidente Pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado, a data do acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente

com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente à esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura.

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

11.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis estabelecido contratualmente.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- exames médicos complementares realizados;
- comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê Leão - último;
- cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

(* Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem

mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do Segurado, no caso de sua hospitalização causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais NÃO regulamentados, conforme definido no item 3.26. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.2. Esta cobertura cobre a internação hospitalar emergencial (não eletiva) exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.

2.3. Após um evento de internação hospitalar indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da alta médica.

2.4. Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:

- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital no item 3.21. das Condições Gerais;
- instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou "SPAs";
- "Home care" (internação domiciliar).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
- c) toda e qualquer internação hospitalar não emergencial ou eletiva de caráter clínico ou cirúrgico;
- d) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- e) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- i) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles

relacionados, exceto a esterilização feminina e masculina;

- j) tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- k) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- l) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- m) doenças degenerativas da coluna vertebral;
- n) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- o) doenças crônicas: doenças degenerativas do sistema músculo- esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos , mesmo em fase aguda;
- p) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- q) diálises e hemodiálises;
- r) doenças mentais ou psiquiátricas;
- s) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- t) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- u) internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- v) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados. Toda e qualquer internação hospitalar não emergencial ou eletiva de caráter clínico ou cirúrgico;
- w) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- x) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- y) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- z) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária proporcional à obrigação a que o seguro está atrelado, e por um limite máximo de diárias indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. As diárias serão indenizadas enquanto o segurado permanecer internado, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do primeiro dia de internação hospitalar.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.3. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

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

10.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

11.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

11.2. Internações por período igual ou inferior à franquia não dão direito a indenização.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- exames médicos complementares realizados;
- original da Declaração do Hospital, comprovando causa, data de internação e data de alta médica;
- comprovante de Registro INSS, Declaração de Imposto de Renda, ou carta de próprio punho declarando suas atividades, assinada com firma reconhecida;
- cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

(* Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura,

tem função subsidiária.

Cobertura Diárias por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do Segurado, no caso de sua internação hospitalar em decorrência exclusivamente de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais NÃO regulamentados, conforme definido no item 3.26. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.2. Esta cobertura cobre a internação hospitalar emergencial por Acidente Pessoal (não eletiva) exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.

2.3. Após um evento de internação hospitalar por Acidente Pessoal indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da alta médica.

2.4. Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:

- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital no item 3.21. das Condições Gerais;
- instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou "SPAs";
- "Home care" (internação domiciliar).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;
- c) toda e qualquer internação hospitalar não emergencial ou eletiva de caráter clínico ou cirúrgico;
- d) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, tratamento para esterilização, fertilização, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- e) os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- f) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

- j) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- k) Acidente Vascular Cerebral;
- l) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- m) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- n) internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- o) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- p) doenças mentais ou psiquiátricas;
- q) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;
- r) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- s) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- t) eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- u) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- v) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor de uma diária proporcional à obrigação a que o seguro está atrelado, e por um limite máximo de diárias indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. As diárias serão indenizadas enquanto o segurado permanecer internado em decorrência de Acidente Pessoal coberto, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.3. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura.

11. FRANQUIA

11.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

11.2. Internações por período igual ou inferior à franquia não dão direito a indenização.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- exames médicos complementares realizados;
- original da Declaração do Hospital, comprovando causa, data de internação e data de alta médica;
- comprovante de Registro INSS, Declaração de Imposto de Renda, ou carta de próprio punho declarando suas atividades, assinada com firma reconhecida;
- cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge

1. OBJETIVO

1.1. Se ratificada na Apólice, esta cláusula tem por objetivo estabelecer a inclusão do cônjuge dependente do Segurado Principal no seguro contratado, com as coberturas e na forma estabelecida na mesma.

1.1.1. As coberturas para o cônjuge, incluído conforme esta Cláusula Suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o Segurado Principal, do qual o cônjuge é Segurado Dependente.

1.1.2. As coberturas contratadas por esta Cláusula Suplementar não se aplicam ao cônjuge que tenha sido aceito como Segurado Principal no seguro.

1.1.3. Será considerada como Cônjuge, para fim de inclusão, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge, mediante comprovação de união estável.

2. FORMA DE ADESÃO DO CÔNJUGE

2.1. A adesão dos cônjuges dos Segurados Principais à apólice poderá ser feita de forma automática ou facultativa, respeitadas as condições de ingresso e limites de idade estabelecidos na Apólice.

2.1.1. Não poderão ser incluídos no seguro os cônjuges que estejam que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.

2.2. Adesão Automática: Através desta forma de adesão, estarão cobertos todos os cônjuges dos Segurados Principais, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão apenas pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

2.3. Adesão Facultativa: Através desta forma de adesão, estarão cobertos os cônjuges dos Segurados Principais que fizerem solicitação expressa de inclusão, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

2.4. O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si e de seu cônjuge.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estarão cobertos os riscos descritos nas Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas para os cônjuges, constantes na Apólice, respeitados os termos e condições desta Cláusula e das demais Condições Contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. São os previstos nas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura contratada para os cônjuges.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o respectivo Segurado Principal.

6. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. A cobertura dos riscos individuais do cônjuge previstos nesta Cláusula começará a vigorar:

- na data do início da cobertura do risco individual do Segurado principal, para o cônjuge admitido no grupo simultaneamente com o mesmo;
- se o cônjuge for incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão;
- na data da inclusão desta Cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta Cláusula for incluída após o início de vigência da mesma.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO CÔNJUGE

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado Dependente:

- simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice Coletiva;
- com a morte do Segurado Principal;
- com a cessação da condição de dependente do Segurado Principal;
- com o pedido por escrito do Segurado Principal.

8. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em complemento à cláusula 18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, além dos



Seguro Prestamista Financeiro
CONDIÇÕES GERAIS SEGURO PRESTAMISTA FINANCEIRO



documentos previstos nas coberturas contratadas para o cônjuge, como segurado dependente, será necessária, conforme o caso, cópia da declaração de Imposto de Renda ou de cadastro na previdência social comprovando a dependência econômica.

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cláusula Suplementar.