

Condições Gerais e Especiais Seguro Proteção Financeira Cardif

Índice

CONDIÇÕES GERAIS.....	4
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DEFINIÇÕES.....	4
3. COBERTURAS DO SEGURO.....	6
4. EXCLUSÕES GERAIS.....	7
5. BENEFICIÁRIO.....	8
6. CARÊNCIA.....	9
7. CAPITAL SEGURADO.....	9
8. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS.....	9
9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	10
10. FORMA DE CONTRATAÇÃO.....	10
11. PRAZO DE ARREPENDIMENTO.....	11
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	11
13. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO.....	11
14. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	13
15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	14
16. PAGAMENTO DE SINISTROS.....	14
17. PERDA DE DIREITOS.....	15
18. PRAZO DE PRESCRIÇÃO.....	16
19. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	16
20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	16
21. FORO.....	16
22. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	16
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE.....	17
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	17
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	17
3. CARÊNCIA.....	17
4. FRANQUIA.....	17
5. CAPITAL SEGURADO.....	17

6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO	17
7.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	18
8.	DISPOSIÇÃO FINAL	18
CONDIÇÕES ESPECIAIS - MORTE ACIDENTAL		19
1.	OBJETIVO DO SEGURO	19
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	19
3.	CARÊNCIA	19
4.	FRANQUIA	19
5.	CAPITAL SEGURADO	19
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO	19
7.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	20
8.	DISPOSIÇÃO FINAL	20
CONDIÇÕES ESPECIAIS - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE		21
1.	OBJETIVO DO SEGURO	21
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	22
3.	CARÊNCIA	22
4.	FRANQUIA	23
5.	CAPITAL SEGURADO	23
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO	23
7.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	23
8.	DISPOSIÇÃO FINAL	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA		24
1.	OBJETIVO DO SEGURO	24
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	26
3.	CARÊNCIA	27
4.	FRANQUIA	27
5.	CAPITAL SEGURADO	27
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO	27
7.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	27
8.	DISPOSIÇÃO FINAL	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS - DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO		28
1.	OBJETIVO DO SEGURO	28
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	28

3. CARÊNCIA	28
4. FRANQUIA	29
5. CAPITAL SEGURADO	29
CONDIÇÕES ESPECIAIS - INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL TEMPORÁRIA	30
1. OBJETIVO DO SEGURO	30
2. RISCOS EXCLUÍDOS	30
3. CARÊNCIA	31
4. FRANQUIA	31
5. CAPITAL SEGURADO	31
6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	31
7. DIVERGÊNCIA DE NATUREZA MÉDICA	32
8. PERÍCIA MÉDICA	32
9. DISPOSIÇÃO FINAL	32

CONDIÇÕES GERAIS

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

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

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

O plano de seguro CARDIF PROTEÇÃO FINANCEIRA tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao beneficiário, relacionado à dívida contraída pelo segurado, caso ocorra algum dos eventos nele previstos, e indicados no bilhete de seguro e desde que o evento não se enquadre como “risco excluído da cobertura securitária”.

2. DEFINIÇÕES

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

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) Excluem-se desse conceito:

- 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;
- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.
- b) **Bilhete de Seguro:** Documento emitido pela Seguradora ao Segurado, que substitui a apólice de seguro, tendo o mesmo valor jurídico da apólice e que dispensa o preenchimento da proposta de seguro.
- c) **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese ocorrência do evento coberto.
- d) **Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pelo bilhete de seguro, vigente na data do evento.
- e) **Carência:** Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o Segurado não terá direito ao recebimento do capital segurado contratado.
- f) **Condições Especiais:** Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- g) **Condições Gerais:** Conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.
- h) **Corretor de Seguros:** Pessoa Física ou Jurídica devidamente habilitada e registrada na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros entre o Segurado e a Seguradora.
- i) **Contrato de Seguro:** Contrato que estabelece para uma das partes, mediante pagamento (prêmio) pela outra parte, a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um evento coberto. A formalização do contrato ocorre com a emissão do Bilhete de Seguro.
- j) **Doença:** Processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- k) **Evento Coberto:** Acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- l) **Franquia:** Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado no Bilhete de Seguro, no qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização durante este período.

- m) **Indenização:** Valor que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seu representante legal em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- n) **Início de Vigência:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- o) **Organização Varejista:** Qualquer organização que pratique as atividades de venda, revenda ou distribuição de mercadorias, novas ou usadas, em loja ou por outros meios, incluindo meios remotos, preponderantemente para o consumidor final para consumo pessoal ou não comercial.
- p) **Prêmio:** Preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.
- q) **Proponente:** Pessoa Física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- r) **Representante de Seguro:** É a pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da sociedade seguradora.
- s) **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- t) **Segurado:** Pessoa física que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas coberturas indicadas no Bilhete de Seguro e definidos nestas Condições Gerais.
- u) **Seguradora:** Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.
- v) **Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Cobertura de Morte

Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no **bilhete de seguro**.

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada com uma ou mais coberturas estabelecidas nestas condições gerais, exceto com a cobertura de Morte Acidental.

3.2. Cobertura de Morte Acidental

Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte segurada, decorrente exclusivamente de acidente pessoal devidamente coberto, sendo o valor máximo indenizável definido no **bilhete de seguro**.

Esta cobertura pode ser contratada isoladamente ou conjugada com uma ou mais coberturas estabelecidas nestas condições gerais, exceto com a cobertura de Morte.

3.3. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente

Garante o pagamento do capital segurado contratado ao beneficiário, caso o segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de

acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no **bilhete de seguro**.

A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, só poderá ser contratada se conjugada com as coberturas cobertura de Morte ou Morte Acidental.

3.4. Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Garante o pagamento do capital segurado contratado ao beneficiário, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no **bilhete de seguro**.

A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, só poderá ser contratada se conjugada com as coberturas de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.5. Cobertura de Desemprego Involuntário

Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de Desemprego Involuntário, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no **bilhete de seguro**.

A cobertura de Desemprego Involuntário, só poderá ser contratada se conjugada com as coberturas cobertura de Morte ou Morte Acidental.

3.6. Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária

Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de Incapacidade Física Total e Temporária, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no **bilhete de seguro**.

A cobertura de Desemprego Incapacidade Total e Temporária, só poderá ser contratada se conjugada com as coberturas cobertura de Morte ou Morte Acidental.

Importante: As coberturas de Morte, Morte Acidental, IPTA e IFPD não se acumulam.

4. EXCLUSÕES GERAIS

4.1. É vedada a exclusão de morte ou a incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.2. Exclusões:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, salvo se vedado pelo subitem 4.1;
- c) Atos de hostilidade ou de guerra declarada ou não, de treinamento militar, operações bélicas, de revoltas populares, greves, comoção social, tumultos, arruaças, lock-out, sabotagem, vandalismo, terrorismo, sedição, rebelião, insurreição, revolução, motim, confisco, nacionalização, destruição ou requisição decorrentes de qualquer ato de autoridade de fato ou de direito, civil ou militar, e, em geral, todo ou qualquer ato ou consequência dessas ocorrências, bem como atos praticados por qualquer organização cujas atividades visem a derrubar pela força o governo ou instigar a sua queda, pela perturbação de ordem política e social do país, por meio de guerra revolucionária, subversão e guerrilhas, e, ainda, atos terroristas, cabendo à Seguradora, neste caso, comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- d) Danos materiais, corporais e morais causados a terceiros em qualquer situação;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;
- f) Ato proposital, ação ou omissão do Segurado, seu cônjuge ou companheiro, filhos, parentes, empregados, beneficiário, seu representante, ou de que em proveito deles atuar;
- g) Sinistro reclamado cuja cobertura não foi contratada;
- h) Suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, ou do aumento espontâneo de seu capital segurado;
- i) Danos morais;

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O primeiro beneficiário será sempre o **representante de seguro** que receberá o valor correspondente ao saldo da dívida ou compromisso assumido.

5.1.1. Caso haja diferença entre o saldo da dívida e o capital segurado, esta será paga conforme estabelecido no item 5.1.2.

5.1.1.1. Somente nos seguros contratados com Capital Segurado fixo, é que poderá existir diferença entre o saldo devedor e o Capital Segurado.

5.1.2. Será paga a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

6. CARÊNCIA

6.1. A carência, observado o disposto na alínea “e” do item 2, quando houver, será determinada nas Condições Especiais.

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

6.3. Suicídio

6.3.1. De acordo com o artigo 798 do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10.01.2002), o beneficiário não terá direito ao capital estipulado quando o segurado cometer suicídio nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso. Ou seja, no caso de suspensão da vigência do seguro e posterior recondução o prazo de 02 (dois) anos começa a ser contado novamente.

6.3.2. Igualmente, o segurado não terá direito a qualquer indenização decorrente deste contrato se tentar suicídio nos primeiros 02 (dois) anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, e desta resultar qualquer tipo de invalidez.

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

6.5. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado será pago de forma única ou parcelado, até o limite estabelecido no bilhete de seguro e de acordo com as coberturas contratadas.

8. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS

8.1. Todos os valores constantes dos documentos devem ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

8.2. Os valores devidos ao Segurado a título de atualização monetária serão calculados pela variação do índice a seguir estabelecido, a partir da data em que

se tornarem exigíveis, conforme o que dispõe as respectivas Cláusulas destas Condições.

- 8.3.** O índice pactuado para a atualização de valores será o IGPM/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado, da Fundação Getúlio Vargas).
- 8.4.** No caso de extinção do IGPM/FVG, a Seguradora passará a utilizar o Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.
- 8.5.** A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 8.6.** O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 8.7.** Não haverá atualização monetária dos seguintes valores:
- a) Do capital segurado, uma vez que este é proporcional ao saldo devedor, líquido de juros e correção monetária, apurado na data do sinistro e estabelecido no ato da assinatura do compromisso assumido pelo segurado junto ao representante.
 - b) Do prêmio, pois já foi considerado no cálculo do risco, que o capital segurado pode flutuar durante a vigência do crédito.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 9.1.** Não há reintegração para as coberturas de Morte e Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.
- 9.2.** Para as coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do capital segurado será automática.

10. FORMA DE CONTRATAÇÃO

- 10.1.** A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.
- 10.2.** Este seguro é contratado através de emissão de bilhete, que poderá ser feita mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo inequívoco, cuja comprovação caberá à seguradora.
- 10.3.** Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

11. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

- 11.1.** O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do bilhete.
- 11.2.** Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.
- 11.3.** O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.
- 11.4.** A sociedade seguradora, ou seus representantes de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.
- 11.5.** A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 12.1.** A vigência das coberturas inicia-se sempre das 24 horas (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio.
- 12.2.** Este seguro não prevê renovação do Bilhete de Seguro, portanto caso o segurado tenha interesse em permanecer com o seguro nas mesmas condições, este deverá contratar um novo seguro.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

- 13.1.** O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal ou fracionado estará definida no Bilhete de Seguro.
 - 13.1.1.** A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.
 - 13.1.2.** Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário.
- 13.2.** É garantida ao segurado em caso de fracionamento do prêmio, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros.
- 13.3.** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado ou Representante de Seguro, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

- 13.4.** O prêmio pago ao Representante de seguro considera-se feito à Seguradora.
- 13.5.** Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 13.6.** Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 13.7. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos durante o período de suspensão ficarão sem cobertura.**

13.7.1. Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.

13.7.2. O prazo de suspensão por inadimplemento será de 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

13.7.3. Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências e franquias, conforme definido no Bilhete de Seguro.

% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	Apólice % a ser aplicado sobre a vigência original
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365

% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	Apólice % a ser aplicado sobre a vigência original
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365

60	150/365
66	165/365
70	180/365

95	330/365
98	345/365
100	365/365

13.8. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto.

13.8.1. Tabela de Prazo Curto

13.8.2. Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

13.8.3. A Seguradora informará ao Segurado ou seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

13.9. O prêmio fracionado deve ser pago em parcelas mensais e sucessivas.

13.10. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original no Bilhete de Seguro.

13.11. Não havendo restabelecimento do pagamento do prêmio, após o fim do prazo de vigência ajustado, a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

14. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

14.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

- a) Automaticamente, quando do término do período de vigência do Bilhete de seguro;**
- b) Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora a exclusão do bilhete.**
- c) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio do seguro por período superior a 90 (noventa) dias;**
- d) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro;**
- e) Na hipótese do Segurado ou seu representante legal agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter**

ou para majorar a indenização, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

14.2. O seguro poderá ser rescindido, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca e observadas as seguintes disposições:

- a) A sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b) Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto.

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

15.1. Na ocorrência do sinistro, o segurado ou seu representante legal, deverá encaminhar para a Seguradora, um comunicado com o nome completo do segurado, DDD e telefone para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e comprovantes de endereço do Segurado acrescidos dos documentos relacionados nas Condições Especiais, deste seguro.

15.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

15.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado.

16. PAGAMENTO DE SINISTROS

16.1. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no item 15, para a Seguradora.

16.2. Caso haja solicitação de nova documentação e/ou informação complementar, o prazo para liquidação do sinistro será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

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

16.4. Quando o pagamento da indenização não for efetuado dentro do prazo estabelecido no item 16.1, o valor será atualizado pela variação positiva do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento da indenização.

16.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante ou corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação ou no valor do Prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

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

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

III. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

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

17.4. A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

17.5. O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17.6. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado ou seu representante legal:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
- b) Agravamento intencional do risco objeto do contrato.

18. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

18.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

19. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

19.1. As coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

19.2. Para as demais coberturas o âmbito territorial das coberturas é o globo terrestre.

20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Representante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais e especiais e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

21. FORO

As questões judiciais, entre o Segurado ou seu representante legal e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado, conforme o caso.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. As partes se submetem às normas brasileiras do seguro.

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no bilhete de seguro.

1.2 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos, mencionados no item 4 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais, também estarão excluídos da Cobertura de Morte.

- a) contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;**
- b) prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e**
- c) viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - **que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
 - **que, sendo oficiais militares, não estejam prestando o serviço militar;**
 - **dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.**

3. CARÊNCIA

3.1. A carência será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos.

4. FRANQUIA

4.1. Não haverá franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será pago de forma única ou parcelado, até o limite estabelecido no bilhete de seguro.

5.2. De acordo com estas condições, o Capital Segurado é o Saldo Devedor, que será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total e Permanente, quando contratadas ambas as coberturas, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total e Permanente, verificar-se a morte do

Segurado em consequência do mesmo evento, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Permanente Total e Permanente.

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal (is) deverá (ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), em caso de morte acidental;
- c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte acidental;
- d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/ toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- e) Cópia simples da carteira de habilitação caso o Segurado tenha sido o condutor do veículo.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte do segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal devidamente coberto, sendo o valor máximo indenizável definido no Bilhete de Seguro.
- 1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do acidente”.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.2 Além dos riscos excluídos, mencionados no item 4 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais, também estarão excluídos da Cobertura de Morte.

- a) quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) consequências advindas de tratamento ou exames médicos clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos;
- c) prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e
- d) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando o serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

3. CARÊNCIA

- 3.1. Não haverá carência.

4. FRANQUIA

- 4.1. Não haverá franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será pago de forma única ou parcelado, até o limite estabelecido no bilhete de seguro.

5.2. De acordo com estas condições, o Capital Segurado é o Saldo Devedor, que será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total e Permanente, quando contratadas ambas as coberturas, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total e Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, será deduzida, do valor do Capital

Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Permanente Total e Permanente.

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- b) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
- c) Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (cópia simples);
- d) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, quando indicada a sua solicitação no laudo do IML (cópia simples);
- e) Cópia simples da carteira de habilitação caso o Segurado tenha sido o condutor do veículo.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais

CONDIÇÕES ESPECIAIS - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional Total, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, sendo o valor máximo indenizável definido no bilhete de seguro.
- 1.2. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após a constatação da:
 - a) **Perda total da visão de ambos os olhos;**
 - b) **Perda total do uso de ambos os braços;**
 - c) **Perda total do uso de ambas as pernas;**
 - d) **Perda total do uso de ambas as mãos;**
 - e) **Perda total do uso de um braço e uma perna;**
 - f) **Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;**
 - g) **Perda total do uso de ambos os pés;**
 - h) **Alienação mental total e incurável.**
- 1.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente total, a Seguradora pagará uma indenização.
- 1.4. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total causada por acidente.
- 1.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.
- 1.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 1.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

- 1.8.** Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de Morte e/ou Morte Acidental, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de Morte e/ou Morte Acidental, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 1.9.** Não restando comprovada a Invalidez Permanente e Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e das Condições Especiais, sem qualquer devolução de prêmios.
- 1.10.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data da ocorrência do acidente.

2. RISCOS EXLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais, também estarão excluídas da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- b) Ato reconhecidamente perigoso que não provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do bilhete de seguro;
- d) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
- f) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- g) Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- h) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.

3. CARÊNCIA

3.1. Não haverá carência.

4. FRANQUIA

4.1. Não haverá franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será pago de forma única ou parcelado, até o limite estabelecido no bilhete de seguro.

5.2. De acordo com estas condições, o Capital Segurado é o Saldo Devedor, que será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total e Permanente, quando contratadas ambas as coberturas, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total e Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Permanente Total e Permanente.

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a) Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;
- b) Exames realizados que comprovem a invalidez permanente total por acidente, original ou cópia simples;
- c) Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um capital segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos destas Condições Especiais e nas Condições Gerais, cujo capital segurado será indicado no bilhete de seguro.
- 1.2. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
- 1.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” data do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante, indicada na declaração médica.
- 1.4. Para fins desta cobertura, consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, através de Declaração Médica especializada durante a vigência do seguro, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:
 - a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
 - c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
 - d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) Deficiência visual, decorrente de doença;

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h)** Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i)** Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 1.5.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a Perda da Existência Independente do segurado, decorrente de doença, a Seguradora pagará uma indenização.
- 1.6.** A Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença deve ser comprovada através de Declaração Médica contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item **1.2**.
- 1.7.** A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença.
- 1.8.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 1.9.** A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

- 1.10.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 1.11.** As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.
- 1.12.** Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 1.12.1.** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Bilhete de Seguro, sem qualquer devolução de prêmios.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1.** Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais também estarão excluídos da Cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:
- a)** A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b)** Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
 - c)** A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo

3. CARÊNCIA

- 3.1.** A carência será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos.
- 3.2.** A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

4. FRANQUIA

- 4.1.** Não haverá franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** O capital segurado será pago de forma única ou parcelado, até o limite estabelecido no bilhete de seguro.
- 5.2.** De acordo com estas condições, o Capital Segurado é o Saldo Devedor, que será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 6.1.** As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total e Permanente, quando contratadas ambas as coberturas, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total e Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Permanente Total e Permanente.

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

- 7.1.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:
 - a)** Indicar o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - b)** Detalhar o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
 - c)** Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

- 8.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um capital segurado, em caso de perda involuntária de emprego durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.
- 1.2. Desemprego Involuntário: Como “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
- 1.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – EXCLUSÕES GERAIS nas condições gerais estarão excluídos da Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:
 - a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
 - b) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
 - c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
 - d) Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
 - e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
 - f) Falência;
 - g) Campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e
 - h) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador.
 - i) Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados.
- 2.2. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores.

3. CARÊNCIA

- 3.1. A carência será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos.
- 3.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

4. FRANQUIA

4.1. A franquia será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será pago de forma única ou parcelado, até o limite estabelecido no bilhete de seguro.

5.2. De acordo com estas condições, o Capital Segurado poderá ser:

a) Saldo Devedor: O Capital Segurado será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.

b) Quitação Parcial ou Total das Parcelas: O Capital Segurado no momento da ocorrência do sinistro será o valor da parcela mensal devida, limitado ao valor e quantidade de parcelas contratados, desde que o Segurado permaneça na condição de sinistrado. É permitida a contratação de até 6 parcelas com valor máximo de até R\$ 1.000,00 por parcela contratada.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

I. Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e página posterior em branco.

a) A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo segurado conforme descrito nestas condições e no bilhete de seguro e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização;

b) Nos seguros que possuem franquia, para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a data do desligamento somada à quantidade de dias da franquia, 36 conforme estabelecido no item **4.1** destas condições.

II. Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um capital segurado, em caso de Incapacidade Física Total Temporária durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos.
- 1.2. **Incapacidade Física Total e Temporária:** Esta cobertura garante de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em decorrência de acidente ou doença que impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Bilhete de Seguro.
- 1.3. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.
- 1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data indicada no relatório médico”.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais, também estarão excluídas da Cobertura Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária:
 - a) Doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste contrato de Seguro, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
 - b) Hospitalização para “check-up”;
 - c) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
 - d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
 - e) Cirurgias plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
 - f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - g) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
 - h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - i) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

- j) Lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT).
- k) Hospitalização para a realização de exames de rotina;
- l) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- m) Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- n) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;

3. CARÊNCIA

3.1. A carência será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos.

3.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

4. FRANQUIA

4.1. A franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será pago de forma única ou parcelado, até o limite estabelecido no bilhete de seguro.

5.2. De acordo com estas condições, o Capital Segurado poderá ser:

- a) **Saldo Devedor:** O Capital Segurado será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.
- b) **Quitação Parcial ou Total das Parcelas/Faturas:** O Capital Segurado no momento da ocorrência do sinistro será o valor da parcela mensal devida, limitado ao valor e quantidade.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora através da Central de Atendimento indicada no Bilhete de Seguro e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na datado evento;
- b) Exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;

- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
- Última declaração do Imposto de Renda, ou;
 - Recibo de Pagamento Autônomo, ou;
 - Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
 - Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
 - Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.
 - Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável.

7. DIVERGÊNCIA DE NATUREZA MÉDICA

- 7.1.** As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 7.2.** Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.
- 7.3.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

8. PERÍCIA MÉDICA

- 8.1.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 8.2.** A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

- 9.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais.