



CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO PRESTAMISTA INDIVIDUAL

Índice:

GLOSSÁRIO TÉCNICO.....	3
1. APRESENTAÇÃO.....	7
2. OBJETIVO DO SEGURO.....	7
3. RISCOS COBERTOS	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	8
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	9
6. CAPITAL SEGURADO.....	10
7. FRANQUIA.....	10
8. CARÊNCIA.....	10
9. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS.....	10
10. FORMA DE CONTRATAÇÃO.....	14
11. VIGÊNCIA DO SEGURO.....	14
12. BENEFICIÁRIOS.....	14
13. RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	14
14. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	14
15. PERDA DE DIREITOS	15
16. RESCISÃO E CANCELAMENTO.....	17
17. PRAZO DE ARREPENDIMENTO.....	18
18. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS.....	18
19. PRESCRIÇÃO.....	18
20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	18
21. ELEMENTO DO BILHETE	18
22. FORO.....	19
23. INFORMAÇÕES ADICIONAIS.....	20
24. MORTE (M).....	22
25. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	24
26. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)	27
27. DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	33
28. INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT).....	36

GLOSSÁRIO TÉCNICO

Um **glossário** é uma lista alfabética de termos de um determinado domínio de conhecimento com a definição destes termos.

Os termos e as expressões a seguir definidos, tem por objetivo elucidar as dúvidas que porventura possam existir na leitura e interpretação das Condições Gerais e Cláusulas que regem este Contrato de Seguro.

Para os fins deste Contrato de Seguro, essas palavras e expressões terão sempre os seguintes significados:

DEFINIÇÕES GERAIS

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

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a. Incluem-se nesse conceito:

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

b. Excluem-se desse conceito de “acidente pessoal”:

- i. 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;
 - ii. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - iii. 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- e

iv. 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.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: Termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de Cobertura.

ATO ILÍCITO: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

ATO (ILÍCITO) CULPOSO: Ações ou omissões involuntárias, que violem direito e causem dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia do responsável, pessoa física ou jurídica.

ATO (ILÍCITO) DOLOSO: Ato intencional praticado para prejudicar a outrem.

AVISO DE SINISTRO: Documento por meio do qual o Segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à Seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do Segurado.

BENEFICIÁRIO O 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.

BILHETE DE SEGURO: É o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

BOA-FÉ: Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos por ela amparados.

CAPITAL SEGURADO: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

CAPITAL SEGURADO VARIÁVEL: modalidade em que o capital segurado está atrelado a obrigação cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro.

CARÊNCIA: Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, 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.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes do Bilhete de Seguro, das Condições Gerais e das Condições Especiais. Sinônimo: Contrato de Seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O Corretor de seguros responderá

civilmente perante os representantes, Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, bem como, é responsável por dar ciência ao Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ou comunicação efetuada pela Seguradora.

CREDOR: Aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

DEVEDOR: Aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

DOENÇAS PREEXISTENTES: É toda doença, congênita ou adquirida, que comprometa a função orgânica, ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual o segurado tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação do seguro.

DOENÇAS PROFISSIONAIS: São as doenças produzidas ou desencadeadas pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, constantes da respectiva relação elaborada pelo Ministério da Previdência Social.

DOLO: Ato consciente por meio do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

EVENTO: Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por um seguro.

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

FRANQUIA: Quantia fixa, definida no Bilhete de Seguro, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do contrato. Especificamente, neste seguro, a franquia será revertida em dias.

GARANTIAS: É a designação genérica dos riscos assumidos pelo Segurador. Sinônimo: Cobertura.

HOSPITAL: É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar:

- a. Clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos;
- b. Local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;
- c. Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- d. Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- e. Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- f. “Home care” (internação domiciliar).

HOSPITALIZAÇÃO: É a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação, de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

INDENIZAÇÃO: Valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

NEFRECTOMIA BILATERAL: Cirurgia de remoção de ambos os rins.

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.

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

PRÊMIO: Importância paga pelo segurado à Seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.

PRESCRIÇÃO: Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.

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

REPRESENTANTE DE SEGUROS: 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 Seguradora. O Representante de seguros não exerce a atividade de corretagem de seguros, ou seja, não é um Corretor de Seguros.

RISCOS: Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

RISCOS COBERTOS: Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização e/ou reembolso ao Segurado.

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

SEGURADO: Pessoa física sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

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

SINISTRO: É a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do Bilhete de Seguro.

VIGÊNCIA DO CONTRATO: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS

1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro Prestamista que estabelecem as normas das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão considerados em caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras. O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do bilhete, e poderá exercer seu direito de arrendimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízos de utilizar os demais canais de atendimento disponibilizados pela AXA Seguros.

A Seguradora, ou seu Representante de Seguros, fornecerão ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrendimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte Autarquia, incentiva ou recomendação 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 SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Observações:

A ACEITAÇÃO DESTE SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO;

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR O BILHETE DE SEGURO NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DO BILHETE DE SEGURO.

O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO;

AS PEÇAS PROMOCIONAIS E DE PROPAGANDA DEVERÃO SER DIVULGADAS COM AUTORIZAÇÃO EXPRESSA E SUPERVISÃO DA SOCIEDADE SEGURADORA, RESPEITADAS RIGOROSAMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS E A NOTA TÉCNICA ATUARIAL SUBMETIDA À SUSEP.

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;

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às condições contratuais.**

3. RISCOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos no Bilhete de Seguro, que fazem parte integrante e inseparável deste contrato.

3.1 AS COBERTURAS QUE PODERÃO SER CONTRATADAS SÃO AS SEGUINTE:

3.1.1 Coberturas Básicas:

a. Morte (M)

3.1.2 Coberturas Adicionais:

- a. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- b. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD);
- c. Desemprego Involuntário (DI);
- d. Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT)

3.2 CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO DAS COBERTURAS:

- a. As Coberturas são livremente escolhidas pelo segurado, observadas as condições e os limites estabelecidos para a contratação;
- b. Deverá ser contratada, obrigatoriamente a cobertura de Morte (M), as demais coberturas quando contratadas, constarão no Bilhete de Seguro.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

SALVO ESTIPULAÇÃO CONTRÁRIA, EM FAVOR DO SEGURADO, EXPRESSA NO BILHETE DE SEGURO, FICAM EXCLUÍDOS DO PRESENTE CONTRATO DE SEGURO:

a. O DIREITO DE INDENIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO QUANDO O SEGURADO SE SUICIDA NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO, CONFORME O ART. 798 DO CÓDIGO CIVIL E CONTADOS:

- DO INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL DO SEGURO; OU

- DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO FEITA EXCLUSIVAMENTE PELO SEGURADO / REPRESENTANTE. NESTA HIPÓTESE A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;

b. USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAQUER FINS, INCLUINDO EXPLOÇÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

c. ATOS DE HOSTILIDADE OU DE GUERRA, INVASÃO, ATO DE INIMIGO ESTRANGEIRO, OPERAÇÕES BÉLICAS CIVIS OU MILITARES, REVOLUÇÃO, TERRORISMO, NACIONALIZAÇÃO, SUBVERSÃO, CONSPIRAÇÃO, REBELIÃO, INSURREIÇÃO, CONFISCO, AGITAÇÃO, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, MOTINS, TUMULTOS, GREVES, LOCKOUTS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTRÉM;

d. ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;

e. EPIDEMIAS, PANDEMIAS E/OU GRIPE AVIÁRIA DECLARADOS POR ÓRGÃO COMPETENTE;

f. ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES, DE CARÁTER COLETIVO;

g. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA E A PRÁTICA, POR PARTE DO SEGURADO, DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI, SALVO SE DECORRENTES 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;

- h. 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;**
- i. ERUPÇÃO VULCÂNICA, INUNDAÇÃO E ALAGAMENTO DE QUALQUER ESPÉCIE, VENDAVAL, FURACÃO, CICLONE, TORNADO E GRANIZO OU QUALQUER OUTRA CONVULSÃO DA NATUREZA;**
- j. PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA OU RELACIONADOS A ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, NÃO OBSTANTE O QUE EM CONTRÁRIO POSSAM DISPOR AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO PRESENTE SEGURO;**
- k. ACIDENTES SOFRIDOS ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, AINDA QUE SUAS CONSEQUÊNCIAS SURJAM DURANTE A SUA VIGÊNCIA;**
- l. CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, ACIDENTES MÉDICOS E SIMILARES E EPILEPSIA, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
- m. PARTO OU ABORTO EXCETO QUANDO DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL;**
- n. QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS EXCETO QUANDO DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL;**
- o. A PRÁTICA DE ATIVIDADE QUE NÃO SEJA CONSIDERADA ESPORTIVA POR ASSOCIAÇÕES, FEDERAÇÕES OU MESMO COMITÊS OU EXECUTADA SEM A UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA, HABILITAÇÃO OU DEMAIS CUIDADOS NECESSÁRIOS;**
- p. EVENTOS CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR;**
- q. VIAGENS EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES:**
- QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VÔO OU NAVEGAÇÃO;**
 - DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;**
 - QUE, SENDO OFICIAIS MILITARES, NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR.**

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- a) A cobertura de Morte do Seguro será válida em todo o globo terrestre.
- b) As coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Incapacidade Física Total Temporária são válidas somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- c) A cobertura de Desemprego Involuntário é válida somente em território brasileiro.

6 CAPITAL SEGUADO

6.1 O Capital Segurado será variável, ou seja, o capital segurado estará atrelado a Obrigação, cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro.

6.1.1 As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigação por parte do segurado não serão incorporados ao valor do capital segurado e, conseqüentemente, as indenizações relativas a essa inadimplência não estarão amparadas pelo Seguro na ocorrência do sinistro coberto.

6.2 O capital segurado variável deverá ser alterado conforme disposições especificadas no Bilhete de Seguro, as quais deverão corresponder às mesmas disposições da Obrigação ao qual estiver atrelado.

7 FRANQUIA

7.1 Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida no Bilhete de Seguro e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.

8 CARÊNCIA

8.1 É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência do Bilhete de Seguro ou do aumento do Capital Segurado, ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

8.2 Em caso de período de carência estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, este será definido nas condições especiais, sendo especificado no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Seguro e será contado a partir das datas situações acima.

8.3 Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Bilhete de Seguro, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

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

9 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

9.1 Condições básicas:

9.1.1 Ocorrendo um evento coberto, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, Beneficiário(s) ou seu Representante e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros ou por meio da Central de Atendimento, logo que o saiba(m).

9.1.2 Será considerada como data da comunicação a data do protocolo de entrega e recebimento pelo referido departamento da Seguradora. Se feita através de correio, igualmente será considerada a data constante do aviso de recebimento assinado pela Seguradora.

9.2 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.

9.3 As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado(s), do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

9.4 Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

9.5 Documentos básicos em caso de Sinistros:

Para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, o Segurado, Beneficiário ou Representante por ocasião da comunicação do sinistro, deverá apresentar os seguintes documentos/informações:

9.5.1 Segurado:

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF (se Pessoa Física);
- Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, que deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu Beneficiário.
- Contrato do compromisso ou obrigação;
- Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro.
- Cópia do Comprovante de residência atualizado.

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

9.5.3 Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das Coberturas contratadas.

9.5.4 Mediante dúvida fundada e justificada, a SEGURADORA se reserva ao direito de solicitar cópia de outros documentos que venha a considerar necessário para liquidação do sinistro.

9.6 Perícia / Junta Médica

9.6.1 O segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica e técnica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar e/ou hospitalar e requerer e proceder exames, inclusive clínicos e cirúrgicos. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, a análise do sinistro e o relatório final, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

9.6.2 A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências sobre o caráter do evento, entre o médico assistente do segurado e o médico perito da seguradora.

9.6.3 No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionados 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 Condições 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.

9.6.4 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.

9.6.5 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.

9.6.6 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.

9.6.7 Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a prática da Medicina.

9.6.8 Os casos de Invalidez Permanente deverão ser comprovados por Declaração Médica.

9.6.9 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

9.6.10 Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização exceto para os casos de incapacidade temporária, caso em que os sintomas podem desaparecer após o restabelecimento do segurado, ainda que tenha havido, de fato, sinistro.

9.6.11 Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

9.7 Regulação de Sinistros

9.7.1 Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

- a. Para a Cobertura de Morte, a data do falecimento;
- b. Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, a data do acidente;
- c. Para a Cobertura de Desemprego Involuntário, a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado;
- d. Na Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária;
- e. Para a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será 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 26.1.5. 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.

9.7.2 Para apuração e cálculo da indenização, quando aplicável, será deduzida a FRANQUIA devidamente discriminada no Bilhete de Seguro.

9.7.3 O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será correspondente ao valor da obrigação atrelada ao seguro na data do evento, limitado ao capital segurado máximo contratado.

9.7.4 A indenização não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos limites máximos apresentados no Bilhete de Seguro respeitados os capitais segurados para cada cobertura contratada.

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

9.7.6 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 os exames solicitados pela Seguradora ou de providências pela mesma determinadas.

9.8 Pagamento de Indenização

9.8.1 Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o Sinistro for caracterizado como risco coberto por estas condições e estará limitado ao capital segurado contratado para cada cobertura.

9.8.2 Quando o pagamento da indenização se der na forma de prestações sucessivas, o número máximo de parcelas cobertas e as condições para manutenção do pagamento destas estarão especificados no Bilhete de Seguro.

9.8.3 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 na Cláusula “Procedimentos em Caso de Sinistros”, subitem “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” e os relacionados na respectiva Condições Especiais contratada motivadora do pleito de indenização, observado ainda o item 9.8.4. e 9.8.6. destas Condições Gerais:

9.8.3.1 A relação de documentos específicos necessários para a regulação do Sinistro está prevista em cada uma das respectivas Condições Especiais.

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

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

9.8.6 No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar ao SEGURADO e BENEFICIÁRIO, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo para liquidação de sinistros de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

9.8.7 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.

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

9.8.9 A forma de pagamento da indenização será definida em cada Cobertura contratada.

9.8.10 Os valores relativos a sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo, quando não forem cumpridos os prazos exigidos em lei, considerando-se a seguinte data de exigibilidade abaixo:

- A data da ocorrência do evento;

9.8.11 No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - INPC/IBGE.

9.8.12 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.

9.9 Recusa de Sinistro

9.9.1 Quando a Seguradora recusar um sinistro, deverá comunicar os motivos da recusa ao Segurado por escrito, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega da documentação solicitada.

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. Podendo ainda a contratação ser realizada através de meios remotos;

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.

10.4 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.

10.5 Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme previsto na cláusula “Beneficiários”.

11 VIGÊNCIA DO SEGURO

11.1 O período de vigência do seguro estará atrelado ao prazo da obrigação, objeto do seguro, sendo este especificado no Bilhete de seguro.

11.2 O início e término de vigência será às 24h00 (vinte e quatro horas) das datas para tal fim indicadas no Bilhete de Seguro.

11.3 Assim, respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, ou em caso de 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.

11.4 Nos casos em que houver repactuação do prazo original do contrato, relativo a obrigação, quando aplicável, dentro do período de vigência contratado, a seguradora deverá ser comunicada e:

a) Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio remanescente.

b) Se houver ampliação do prazo original, a seguradora deverá se manifestar dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro, observado o disposto no item “Forma de Contratação”.

12 BENEFICIÁRIOS

12.1 O beneficiário do seguro será 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.

13 RENOVAÇÃO DO SEGURO

13.1 Não haverá renovações para este seguro. Havendo o interesse do segurado em continuar com o seguro, deverá ser pactuado entre as partes e emitido novo Bilhete de Seguro.

14 PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1 O prêmio será pago na forma mensal, de acordo com o estabelecido no Bilhete de Seguro, sendo este, em conformidade a obrigação atrelada ao objeto do seguro.

14.1.1 A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o trigésimo dia da emissão do bilhete e será contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

14.1.2 Se a data limite para o pagamento de prêmio de qualquer uma de suas mensalidades coincidirem com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente a esta data.

14.2 A Seguradora encaminhará o(s) documento(s) de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

14.3 O prêmio pago ao Representante de Seguro considera-se feito a Seguradora.

14.4 A falta do pagamento do prêmio da primeira parcela, até a data do vencimento, implicará o cancelamento do Bilhete de Seguro independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

14.5 , . Em caso de atraso no pagamento do prêmio das demais parcelas, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes ou não, implicará na Suspensão da Cobertura, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

14.5.1 O prazo de Suspensão da Cobertura será de 90 (noventa) dias. Após este período o seguro será cancelado automaticamente pela Seguradora, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

14.5.2 A Seguradora não garantirá a cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

14.5.3 A reabilitação do Bilhete de Seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o representante de seguros retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas condições gerais.

14.6 A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, que será efetuado ainda que o segurado, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

14.7 Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio de qualquer uma de suas parcelas sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o respectivo prêmio seja quitado até data do vencimento.

15 PERDA DE DIREITOS

15.1 A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO COM BASE NO PRESENTE SEGURO SE O SEGURADO, SEU REPRESENTANTE LEGAL, OU SEU CORRETOR DE SEGUROS FIZEREM DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DO SEGURO OU NO VALOR DO PRÊMIO.

15.2 O SEGURADO PERDERÁ O DIREITO A QUALQUER INDENIZAÇÃO E RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO DECORRENTE DO PRESENTE CONTRATO QUANDO:

15.2.1 AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO;

15.2.2 DEIXAR DE CUMPRIR COM AS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NESTE CONTRATO;

15.2.3 O SEGURADO, POR SI OU POR SEU REPRESENTANTE, FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DO SEGURO.

15.2.3.1 SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ:

A. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

- i. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO;**
- ii. PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL;**

B. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DE INDENIZAÇÃO:

- i. 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**
- ii. 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.**

C. 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.

15.3 O SEGURADO SERÁ OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, QUALQUER FATO SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À INDENIZAÇÃO, SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ:

15.3.1 A SEGURADORA, DESDE QUE O FAÇA NOS 15 (QUINZE) DIAS SEGUINTE AO RECEBIMENTO DO AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO, PODERÁ DAR-LHE CIÊNCIA, POR ESCRITO, DE SUA DECISÃO DE CANCELAR O CONTRATO OU, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA.

15.3.2 O CANCELAMENTO DO CONTRATO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADO PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

15.3.3 NA HIPÓTESE DE CONTINUIDADE DO CONTRATO, A SEGURADORA PODERÁ COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

15.4 ALÉM DAS OBRIGAÇÕES QUE POSSAM ESTAR PREVISTAS NAS DEMAIS CLÁUSULAS DESTE CONTRATO, O SEGURADO SE OBRIGA A SEGUIR AS CONDIÇÕES ABAIXO, SOB PENA DE SUSPENSÃO, RESCISÃO OU NULIDADE DO CONTRATO DE SEGURO:

15.4.1 REGISTRAR A OCORRÊNCIA DO SINISTRO JUNTO ÀS AUTORIDADES COMPETENTES QUANDO FOR O CASO;

15.4.2 FORNECER À SEGURADORA E FACILITAR O SEU ACESSO A TODA ESPÉCIE DE INFORMAÇÃO SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS E CONSEQUÊNCIAS DO SINISTRO, BEM COMO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À APURAÇÃO DOS PREJUÍZOS E DETERMINAÇÃO DA INDENIZAÇÃO;

15.4.3 ALÉM DAS OBRIGAÇÕES DESTA CLÁUSULA, O SEGURADO, EM CASO DE SINISTRO, DEVERÁ CUMPRIR AS INSTRUÇÕES DETERMINADAS NAS CONDIÇÕES DE CADA COBERTURA.

15.4.4 PAGAR EM DIA OS PRÊMIOS DO SEGURO FIXADOS NOS DOCUMENTOS DE COBRANÇA DA SEGURADORA OU OUTRA FORMA PACTUADA;

15.5 O SEGURADO DEIXAR DE PARTICIPAR O SINISTRO À SEGURADORA, TÃO LOGO TOMAR CONHECIMENTO, E NÃO ADOTAR AS PROVIDÊNCIAS IMEDIATAS PARA MINORAR SUAS CONSEQUÊNCIAS;

15.6 O NÃO CUMPRIMENTO, POR PARTE DO SEGURADO, DAS OBRIGAÇÕES E NORMAS ESTABELECIDAS NESTA CLÁUSULA, BEM COMO NESTAS CONDIÇÕES COMO UM TODO, PODERÁ ACARRETER A SUSPENSÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO, CONSOANTE A ANÁLISE PROCEDIDA PELA SEGURADORA.

16 RESCISÃO E CANCELAMENTO

16.1 O seguro poderá ser cancelado a qualquer momento mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento.

16.2 Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado ou a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento.

16.3 O contrato será rescindido nos casos em que tenha ocorrido má-fé, fraude, culpa e/ou dolo por parte do Segurado, no sentido de fraudar o presente seguro. A rescisão do Contrato de Seguro e o cancelamento do respectivo Bilhete de Seguro se dará pleno direito, independente de notificação judicial ou extrajudicial, perdendo o Segurado o direito à totalidade do prêmio pago, assim como às indenizações pactuadas, estando obrigado, ainda, a pagar à Seguradora as parcelas vencidas do prêmio, se houver.

16.4 Este Contrato de Seguro será cancelado ainda:

- a) Com o término da vigência do seguro;**
- b) Com a morte do Segurado;**
- c) Com a falta de pagamento do prêmio, observado o disposto na Cláusula “Pagamento do Prêmio”.**
- d) Com a extinção da obrigação ou compromisso a que o seguro está atrelado observado o disposto no item 11.2 da cláusula Vigência do Seguro.**

16.5 Os valores devidos a títulos de devolução do prêmio sujeitam-se a atualização monetária pela variação do IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

- a) No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;**
- b) No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de seu recebimento.**

16.6 O Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

16.7 Na falta de pagamento do prêmio, haverá a Suspensão de Cobertura conforme item 14.5 da Cláusula “Pagamento do Prêmio” e após o prazo estabelecido o Bilhete de Seguro será cancelado automaticamente pela seguradora.

17 PRAZO DE ARREPENDIMENTO

17.1 O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do bilhete.

17.2 Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 17.1 acima, serão devolvidos, de imediato.

17.3 O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

17.4 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.

17.5 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.

18 ATUALIZAÇÃO DE VALORES E ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

18.1 Atualização de Valores

18.1 Não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio correspondente.

18.2 Atualização das Obrigações Pecuniárias

18.2.1 As demais obrigações pecuniárias serão atualizadas com base no Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) a partir da data em que se tornarem exigíveis.

18.2 No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará aquele definido pelo Conselho Monetário Nacional – CMN como índice de preços relacionado às metas de inflação.

18.3 Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas nesta cláusula serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

18.4 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.

18.5 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.

19 PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

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 ELEMENTO DO BILHETE

21.1 O Bilhete de Seguro, deverá especificar os seguintes elementos mínimos:

- a. ramo(s) de seguro, com o(s) respectivo(s) código(s), nos termos da legislação específica, do(s) plano(s) de seguro vinculado(s) ao bilhete;
- b. nome completo da Sociedade Seguradora, CNPJ e o código de registro junto à Susep;
- c. número(s) do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) plano(s) de seguro ao(s) qual(ais) se vincula o bilhete;
- d. número de controle do bilhete;
- e. a data da emissão do bilhete;
- f. nome completo e documento de identificação (CPF) do proponente/segurado
- g. identificação do(s) beneficiário(s), no caso de cobertura que prevejam a Morte do segurado;
- h. a (s) cobertura (s) contratada (s);
- i. o valor do limite máximo do capital segurado de cada cobertura contratada;
- j. modalidade do capital Segurado, bem como a sua descrição (se capital vinculado, capital fixo ou capital variável)
- k. especificação a qual a obrigação do seguro encontra-se atrelada
- l. riscos excluídos;
- m. as franquias ou carências aplicáveis a cada cobertura, se previstas;
- n. o período de vigência da(s) coberturas (s) contratada (s), incluindo a data de início e término;
- o. o valor a ser pago pelo segurado a título de prêmio, incluindo prêmio do seguro, IOF e valor total a ser pago pelo segurado;
- p. o prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, a sua periodicidade;
- q. prazos de tolerância e os períodos de suspensão aplicáveis, se previstos;
- r. documentação necessária para o recebimento da indenização para cada cobertura contratada;
- s. prazo máximo para pagamento da indenização ou do capital segurado pela sociedade seguradora;
- t. o número de telefone gratuito da Central de Atendimento ao segurado ou beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do Bilhete de Seguro;
- u. a informação do link no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o plano de seguro ao qual se vincula o Bilhete de Seguro;
- v. o número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;
- w. chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;
- x. nome e número de registro na Susep do corretor, se houver.

21.2 O Bilhete de Seguro deverá ainda constar a seguinte informação:

- I - “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.”;
- e
- II - Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

22 FORO

Fica estabelecido que as questões judiciais entre Segurado e Seguradora serão dirimidas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário conforme o caso. Na hipótese de inexistência

de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado ou Beneficiário.

23 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

23.1 EMBARGOS E SANÇÕES ECONÔMICAS

Fica entendido e acordado, que respeitando-se a Lei 13.810/2019, bem como todo o conteúdo das Condições Gerais, Coberturas Adicionais e Cláusulas Específicas do presente contrato de seguro, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de não cobertura ou suspensão de cobertura no pagamento, inclusive de quaisquer indenizações ou restituições devidas pela Seguradora, nas quais o Segurado, seu(s) beneficiário(s), seu(s) local(is) for(em) ou estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) as sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito abaixo nas listas de embargos e sanções expedidas pelos órgãos internacionais e/ou nacionais:

- a) Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>;
- b) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>;
- c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>;
- d) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft>.

Nota: As listas acima poderão sofrer atualizações expedidas pelos próprios órgãos internacionais e/ou nacionais.

Para fins de aplicabilidade da cláusula, obriga-se o proponente, na propositura do seguro, a informar se ele ou seus beneficiários de indenização ou locais de origem, destino, estão inseridos em listas de embargos ou sanções, bem como a seguradora procederá com análises através de seus controles.

Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão ou exclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou locais de origem, destino, nas listas de embargos e sanções, deverá o segurado informar tempestivamente à esta Seguradora a data de inclusão e/ou exclusão sob pena de não cobertura de seguro.

Para as situações acima expostas, na hipótese de silêncio do Segurado e/ou seu representante, por culpa ou dolo, caso referida ação ou omissão possua nexo causal com o evento gerador do sinistro, considerar-se-á o risco não aceito e não coberto.

O Segurado e seus beneficiários perderão o direito à indenização se por efeito da política de imposição de embargos e sanções por organismos internacionais houver ato doloso do segurado ou de seu representante legal e nexo causal com o evento gerador do sinistro.

Mediante a comunicação do Segurado, as coberturas desse seguro, bem como o pagamento de indenizações, estarão suspensas para o segurado e para seus beneficiários de indenização no período em que estes estiverem incluídos em listas de embargos e sanções desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual decisão judicial.

Cumprida a obrigação, no caso de aceite do risco pela seguradora, desde o início do risco até a liquidação de um sinistro reclamado o direito a cobertura contratada não ficará prejudicado, entretanto o pagamento de indenizações ou reembolsos de despesas ficará suspenso até que ocorra a superação do referido embargo ou até que ocorra eventual decisão judicial referente ao procedimento que deverá ser adotado para esse fim.

Ratificam-se os demais Termos, Cláusulas e Condições não modificados por esta Cláusula Específica.

23.2 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS – CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS

Com a aquisição livre e voluntária deste Produto de Seguro, o cliente final e os diretamente envolvidos no Produto de Seguro, como Beneficiários, Cônjuges e/ou Tomadores (aqui denominados em conjunto de “clientes”) entendem que, a AXA SEGUROS S/A poderá, por si, por empresas de qualquer forma pertencentes e/ou marginais ao seu Grupo Econômico ou ainda, através de seus fornecedores e/ou parceiros homologados utilizar, manipular, armazenar, manusear, analisar, colher e/ou tratar os dados dos clientes para atividades que, de qualquer forma, sejam correlatas a manutenção deste Produto de Seguro, sua perfeita e completa execução de finalidade e/ou visem maximizar e melhorar a experiência dos clientes para com Produtos de Seguro, de acordo com seu perfil.

Os clientes concordam e entendem, que seus dados poderão ser utilizados para avaliações de funcionalidade base, testes, aplicativos, administrar políticas, forma de contato, tudo com a principal expectativa de aprimorar nossos produtos e serviços e gerenciar solicitações. Se os clientes não fornecerem as informações, talvez não seja possível o desempenho completo das atividades da AXA SEGUROS S/A.

Assim, ao nos fornecer os dados, os clientes concordam com a divulgação a terceiros e/ou coleta por terceiros de seus dados. Podemos divulgar seus dados, incluindo suas informações confidenciais, a terceiros relevantes e/ou outras seguradoras e resseguradoras, partes afetadas por reivindicações, órgãos governamentais, reguladores, órgãos policiais e conforme exigido por qualquer lei/norma vigente, inclusive no exterior. Antes de nos fornecer informações sobre outra pessoa, por favor, dê a eles uma cópia deste documento.

A Política de Privacidade da AXA está disponível para sua consulta em www.axa.com.br através do ambiente “Política de Privacidade”, em caso de dúvidas, solicitações, ou exercício do direito do titular dos dados, em relação à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) ou sobre a nossa Política de Privacidade, entre em contato pelo canal oficial de Privacidade de Dados da AXA SEGUROS com o endereço eletrônico: dataprivacy.br@axa.com.

23.3 OUVIDORIA

A AXA Seguros, tem como objetivo garantir a satisfação de seus clientes. Por isso, nossa Ouvidoria atua de forma imparcial na resolução de conflitos de segurados que já recorreram ao Serviço de Atendimento ao Cliente – AXA Help e não se sentiram satisfeitos com a solução apresentada. Nossa Ouvidoria também está pronta para esclarecer os direitos e deveres de nossos segurados de forma ética, acolhedora e transparente.

Nossos demais canais de atendimento, estão preparados para atender os segurados com o mesmo cuidado e atenção, atuando como uma esfera inicial para esclarecimento de dúvidas, atendimento de solicitações, solução de reclamações e registro de elogios.

Canais de Atendimento

Serviço de Atendimento ao Cliente - AXA Help:

0800 292 4357 (24h)

www.axa.com.br – Área do Cliente

Deficiente Auditivo

0800 292 1900 (24h)

www.axa.com.br – Área do Cliente

Ouvidoria

0800 292 1600 (atendimento das 09 às 18 horas em dias úteis)

Carta: Ao cuidados da Ouvidoria em Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 1600 -15º andar Itaim Bibi – São Paulo - SP CEP: 04543-000

E-mail: ouvidoria.br@axa.com

CONDIÇÕES ESPECIAIS**24. MORTE (M)****24.1 RISCOS COBERTOS**

24.1.1 Esta cobertura, mediante pagamento de prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao credor, limitado ao capital segurado contratado, em caso de morte do segurado durante a vigência do seguro em decorrência direta e exclusiva de causas naturais ou acidentais, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

24.1.2 Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte todas as pessoas físicas, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

24.2 RISCOS EXCLUÍDOS

24.2.1 RATIFICAM-SE OS RISCOS EXCLUÍDOS APRESENTADOS NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL E DA CLÁUSULA – “RISCOS EXCLUÍDOS” DAS CONDIÇÕES GERAIS.

24.3 CAPITAL SEGURADO

24.3.1 A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Variável ou seja, o capital segurado estará atrelado a Obrigação, cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro.

24.3.2 O Capital Segurado corresponderá ao valor indicado no Bilhete de Seguro, observadas as disposições das condições contratuais do seguro.

24.3.3 Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como “data de ocorrência do evento coberto”, a data do falecimento do segurado.

24.4 CARÊNCIA/FRANQUIA

24.4.1 FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

24.4.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete, limitado à 2 (dois) anos e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

24.4.2.1 O período de Carência, quando aplicável, poderá ainda, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

24.4.2.2 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

24.5 PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTROS**24.5.1 Documentos Básicos em caso de Sinistros**

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” das Condições Gerais, deverão ser apresentados adicionalmente os respectivos documentos básicos:

I. Morte Decorrente de Doença:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);

- b) Formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- d) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- e) Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;

II. Morte Decorrente de Acidente:

Além dos Documentos relacionados na Alínea I. acima providenciar:

- a) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- b) Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- c) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

24.6 FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

24.7 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pela presente Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**25 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)****25.1 RISCOS COBERTOS**

25.1.1 Esta Cobertura, desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao credor, limitado ao capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão por lesão física do Segurado, causada por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

25.1.2 Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente todas as pessoas físicas, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

25.1.3 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

25.2 RISCOS EXCLUÍDOS

25.2.1 RATIFICAM-SE OS RISCOS EXCLUÍDOS APRESENTADOS NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL E DA CLÁUSULA – “RISCOS EXCLUÍDOS” DAS CONDIÇÕES GERAIS.

25.3 CAPITAL SEGURADO

25.3.1 A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Variável ou seja, o capital segurado estará atrelado a Obrigação, cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro.

25.3.2 O Capital Segurado corresponderá ao valor indicado no Bilhete de Seguro, observadas as disposições das condições contratuais do seguro.

25.3.3 Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” a data do acidente do segurado.

25.4 CARÊNCIA/FRANQUIA

Não haverá aplicação de Franquia ou Carência para esta cobertura.

25.5 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS**25.5.1 Determinação do Grau de Invalidez**

- a) O pagamento de qualquer indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente estará condicionado à constatação de Invalidez Permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada a existência de Invalidez Permanente avaliada quando da alta médica definitiva (com os grau(s) e tipos de invalidez definitivamente caracterizados e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado), a Seguradora apurará e pagará a Indenização de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez permanente Total por Acidente, transcrita no Item 25.5.2.
- b) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, conforme apresentados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, transcrita no Item 25.5.2., a indenização permanecerá limitada a 100% (cem por cento) do capital segurado para Invalidez Permanente Total por Acidente.

- c) 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.
- d) A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.
- e) 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.
- f) As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez total permanente por acidente, em quaisquer das Coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total do uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia Bilateral	

25.5.3 Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário;

- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- e) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- g) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- h) Radiografia e resultados de exames realizados;

25.5.4. O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

25.6 FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

25.7 RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS**26. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)****26.1. RISCOS COBERTOS**

26.1.1. Esta Cobertura desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao credor, limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de invalidez funcional permanente total, em consequência de doença que cause a perda da existência independente do segurado, sob critérios devidamente especificados nesta Cláusula, ocorrido durante a vigência do seguro, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

26.1.2. Considera-se como Risco Coberto, a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autônomicas do Segurado comprovada na forma definida nestas Condições Especiais.

26.1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPTD, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

26.1.3.1. Considera-se portador de doença em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de sobrevida não superior a 6 (seis) meses.

26.1.4. 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 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, 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.

26.1.5. 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. O IAIF é composto por dois documentos.

a. 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).

i. 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.

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

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

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

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

26.1.6. Definições:

São definições específicas desta Cobertura:

Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

26.1.7. Elegibilidade:

São elegíveis para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença as pessoas físicas que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

26.2. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS APRESENTADOS NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL E DA CLÁUSULA – “RISCOS EXCLUÍDOS” DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS, SALVO DISPOSIÇÃO CONTRÁRIA, EM FAVOR DO SEGURADO:

- a. 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;**
- b. 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;**
- c. OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL;**
- d. A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.**
- e. INVALIDEZ QUE LIMITE TOTAL OU PARCIALMENTE A CAPACIDADE LABORATIVA DO SEGURADO.**

26.3 CAPITAL SEGURADO

26.3.1 A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Variável ou seja, o capital segurado estará atrelado a Obrigação, cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro.

26.3.2 O Capital Segurado corresponderá ao valor indicado no Bilhete de Seguro, observadas as disposições das condições contratuais do seguro.

26.3.3. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” 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 anexo, 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.

26.4. FRANQUIA/CARÊNCIA

26.4.1 FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura

26.4.2 CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete, limitado à 2 (dois) anos e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

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

26.5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

26.5.1 Comprovação da Invalidez:

- a.** 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.

b. 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.

c. 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.

d. Não estando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas contratuais do presente Seguro, sem qualquer devolução de prêmios.

26.5.2 Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a.** Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b.** Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c.** Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d.** Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;

26.5.3 Pagamento da Indenização:

O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

26.6 FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

26.7 RATIFICAÇÃO

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

ANEXOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a	00

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

MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS**27 DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)****27.1 RISCOS COBERTOS**

27.1.1 Esta Cobertura desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao credor, limitado ao capital segurado contratado, caso o Segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício durante o decorrer da vigência do seguro, respeitando os períodos de carência e franquia, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

27.1.2. Definições:

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

27.1.3 Elegibilidade:

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

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

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

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

27.2 RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS APRESENTADOS NA CLÁUSULA – “RISCOS EXCLUÍDOS” DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS, SALVO DISPOSIÇÃO CONTRÁRIA, EM FAVOR DO SEGURADO:

- a. APOSENTADORIAS;**
- b. VÍNCULO EMPREGATÍCIO, DIRETO OU INDIRETO, COM FAMILIARES ATÉ O 3º GRAU DE PARENTESCO;**
- c. JUBILAÇÃO, PENSÃO OU APOSENTADORIA DO TRABALHADOR SEGURADO;**
- d. RENÚNCIA OU PEDIDO DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO;**
- e. TRABALHOS DE PROFISSIONAIS LIBERAIS OU FUNCIONÁRIOS QUE TENHAM CARGO PÚBLICO COM ESTABILIDADE DE EMPREGO;**

- f. FUNCIONÁRIOS QUE TENHAM CARGO DE ELEIÇÃO PÚBLICA, E QUE NÃO FOREM REGIDOS PELA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO, INCLUINDO-SE ASSESSORES, E OUTROS DE NOMEAÇÃO EM DIÁRIO OFICIAL;**
- g. TÉRMINO DE UM CONTRATO DE TRABALHO POR TEMPO DETERMINADO, INCLUSIVE CONTRATOS DE ESTÁGIOS;**
- h. DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA DO TRABALHADOR SEGURADO;**
- i. FALÊNCIA;**
- j. DEMISSÕES DECORRENTES DO ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DO EMPREGADOR;**
- k. CAMPANHAS DE DEMISSÃO EM MASSA. PARA FINS DESTES SEGUROS CONSIDERAR-SE-Á DEMISSÃO EM MASSA O CASO DE EMPRESAS QUE DEMITAM MAIS DE 10% (DEZ POR CENTO) DO SEU QUADRO DE FUNCIONÁRIOS NO MESMO MÊS;**
- l. PROGRAMAS DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA (PDV) OU PLANO DE DEMISSÃO INCENTIVADO (PDI), MOTIVADOS PELO EMPREGADOR DO SEGURADO;**
- m. ACORDO ENTRE EMPREGADO E EMPREGADOR;**
- n. DISPENSA COM IMEDIATA ADMISSÃO EM EMPRESA SEJA ELA OU NÃO, DO MESMO GRUPO ECONÔMICO, COLIGADA, FILIADA, ASSOCIADA, SUBSIDIÁRIA E/OU ACIONISTA;**
- o. FUNCIONÁRIOS QUE JÁ SE ENCONTREM EM PERÍODO DE AVISO PRÉVIO NA DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;**
- p. SEGURADOS NÃO CONSIDERADOS ELEGÍVEIS A INDENIZAÇÃO, CONFORME PREVISTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS – DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO;**
- q. TRANSFERÊNCIAS ENTRE EMPRESAS, DECORRENTES DE FUSÕES, AQUISIÇÕES E/OU PARCERIAS;**
- r. DESEMPREGO OCORRIDO DENTRO DO PERÍODO DE CARÊNCIA ESTABELECIDO NO CONTRATO;**
- s. SEGURADOS QUE TENHAM SIDO DEMITIDOS DURANTE O PERÍODO DE EXPERIÊNCIA ANOTADO NA CARTEIRA PROFISSIONAL.**

27.3 CAPITAL SEGURADO

27.3.1 A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Variável ou seja, o capital segurado estará atrelado a Obrigação, cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro.

27.3.2 O Capital Segurado corresponderá ao valor indicado no Bilhete de Seguro, observadas as disposições das condições contratuais do seguro..

27.3.4 Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como “data da ocorrência do evento coberto” a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

27.4 FRANQUIA/CARÊNCIA

27.4.1 FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 31 (trinta e um) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

27.4.2 CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete, limitado à 2 (dois) anos e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

27.5 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

27.5.1 Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a. Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b. Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c. Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d. Cópia do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado pelo sindicato ou por outro órgão competente;
- e. Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) – página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado;
- f. Cópia do Formulário de Dispensa do M.T.E – CD;
- g. Cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.
- h. Cópia do Bilhete de Seguro do Seguro;

Para a continuidade do processo de indenização a Seguradora poderá solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente.

27.6 FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

27.6. Quando o pagamento da indenização se der na forma de prestações sucessivas, o número máximo de parcelas cobertas estarão especificados no Bilhete de Seguro e a condição de manutenção para pagamento destas será de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer sem vínculo empregatício, desde que não exerça nenhuma atividade remunerada, observado o limite de parcelas contratadas e o valor máximo contratado, que estarão estabelecidos no Bilhete de seguro.

27.7 RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS**28 INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)****28.1 RISCOS COBERTOS**

28.1.1 Esta cobertura, desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao credor, limitado ao capital segurado contratado, em caso de afastamento temporário da ocupação profissional habitual do segurado em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

28.1.2 A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária é válida somente aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.

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

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

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

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

28.1.9 Elegibilidade:

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

28.2 RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS APRESENTADOS NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL E DA CLÁUSULA – “RISCOS EXCLUÍDOS” DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS, SALVO DISPOSIÇÃO CONTRÁRIA, EM FAVOR DO SEGURADO:

- a) TRATAMENTOS PARA OBESIDADE, EM QUALQUER MODALIDADE, INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA;
- b) TRATAMENTOS PARA SENILIDADE, GERIATRIA, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCENÇA E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;
- c) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS E ORTODÔNTICOS DE QUAISQUER ESPÉCIES, SALVO QUANDO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, OCORRIDOS DENTRO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO;
- d) CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AQUELAS COM FINALIDADE COMPROVADAMENTE RESTAURADORA DE FUNÇÃO DIRETAMENTE AFETADA POR EVENTOS COBERTOS PELO SEGURO;
- e) DOENÇAS DEGENERATIVAS DA COLUNA VERTEBRAL INCLUSIVE HÉRNIA DISCAL, COM EXCEÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO;
- f) INFECÇÕES OPORTUNISTAS E DOENÇAS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE IMUNO DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS);
- g) DOENÇAS CRÔNICAS, MESMO EM FASE AGUDA, ENTENDENDO-SE COMO TAL AQUELAS CARACTERIZADAS POR SUA EVOLUÇÃO LONGA E INSIDIOSA, COM

PERÍODO DE MELHORA E PIORA, NÃO RESPONDENDO SATISFATORIAMENTE A PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS;

- h) DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS RECONHECIDAMENTE PROGRESSIVAS, TAIS COMO FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATÓIDE, OSTEOARTROSE, DOR MIOFASCIAL, ESCLEROSE MÚLTIPLA, DOENÇA DE ALZHEIMER, DOENÇA DE PARKINSON, ENTRE OUTRAS.**
- i) INCAPACIDADES, DOENÇAS, LESÕES TRAUMÁTICAS E CIRURGIAS COMPROVADAMENTE ANTERIORES CONTRATAÇÃO DO SEGURO, PARA AS QUAIS O SEGURADO TENHA PROCURADO OU RECEBIDO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA, MESMO QUE OS AFASTAMENTOS SEJAM DECORRENTES DE AGRAVAMENTO, SEQUÊLA OU REAPARECIMENTO DESTAS, OU DE SEUS SINTOMAS E SINAIS, OU AINDA, DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS OU DEGENERANTES DELA CONSEQÜENTES, DE CONHECIMENTO DO SEGURADO;**
- j) HOSPITALIZAÇÃO PARA CHECK-UP;**
- k) AFASTAMENTOS DECORRENTES DE UM MESMO EVENTO QUE JÁ TENHA SIDO INDENIZADO PELO BILHETE DE SEGURO VIGENTE DEPOIS DE ESGOTADO O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA ESTE MESMO EVENTO COBERTO;**
- l) AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS SOB A NOMECLATURA DE LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO (LER), DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT) E/OU LESÃO POR TRAUMA CUMULATIVO (LTC), TAIS COMO, MAS NÃO SE LIMITANDO A: TENDINITES, SINOVITES, SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO DE QUALQUER ETIOLOGIA, EPICONDILITE LATERAL, TENOSSINOVITES, ARTRITES, DOR MIOFASCIAL, CERVICOBRAQUIALGIAS E TODOS OS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS INESPECÍFICOS RELACIONADOS OU LESÕES SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQÜÊNCIAS PÓSTRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO. IGUALMENTE ESTÃO EXCLUÍDAS DESTA COBERTURA, AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.**
- m) GRAVIDEZ, PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;**
- n) PROCEDIMENTOS E/OU TRATAMENTOS, CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, PARA ESTERILIDADE, INFERTILIDADE, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, IMPOTÊNCIA SEXUAL,**
- o) CONTROLE DE NATALIDADE, E MUDANÇA DE SEXO, BEM COMO SUAS CONSEQÜÊNCIAS, INCLUSIVE PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELES RELACIONADOS;**
- p) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, SALVO QUANDO NECESSÁRIAS À RESTAURAÇÃO DAS FUNÇÕES ALTERADAS EM RAZÃO DE SINISTRO OCORRIDO NA VIGÊNCIA DO SEGURO;**
- q) ALTERAÇÕES, DISTÚRBIOS OU DOENÇAS MENTAIS E/OU PSIQUIÁTRICAS, INCLUSIVE O “STRESS”;**
- r) EVENTOS CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI.**

28.3 CAPITAL SEGURADO

28.3.1 A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Variável ou seja, o capital segurado estará atrelado a Obrigação, cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro.

28.3.2 O Capital Segurado corresponderá ao valor indicado no Bilhete de Seguro, observadas as disposições das condições contratuais do seguro..

28.3.4. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária do segurado.

28.4 FRANQUIA/CARÊNCIA

28.4.1 FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de afastado de suas atividade para poder reclamar a cobertura do seguro.

28.4.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Bilhete, limitado à 2 (dois) anos e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

28.4.2.1 O período de Carência, quando aplicável, poderá ainda, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

28.4.2.2 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

28.5 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

28.5.1 Comprovação da Incapacidade

a. O Segurado deverá comprovar a condição de incapacidade temporária fundamentada no tempo médio de dias através de apresentação de declaração médica apropriada para esta finalidade.

b. Caso a Seguradora conteste a Declaração Médica apresentada, poderá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica de acordo com o Item 9.6. das Condições Gerais.

28.5.2 Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a.** Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b.** Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c.** Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;

- d.** Comprovação de atividade profissional, podendo ser: Cópia da Guia de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços), ou última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão – acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou comprovante de pagamento do INSS, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro – 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;
- e.** 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 data do evento;
- f.** Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
- g.** Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- h.** Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.
- i.** Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) quando aplicável;
- j.** Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k.** Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

28.6 FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

28.6.1 Quando o pagamento da indenização se der na forma de prestações sucessivas, o número máximo de parcelas cobertas estarão especificados no Bilhete de Seguro e a condição de manutenção para pagamento destas será de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer afastado da suas ocupações profissionais em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas contratadas e o valor máximo contratado, que estarão estabelecidos no Bilhete.

28.7 RATIFICAÇÃO

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