

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO (CAPITAL FIXO)

Novembro 2025 | Versão 3.0

Sumário

1. Disposições preliminares	3
2. Objetivo do seguro	3
3. Definições	3
4. Riscos cobertos.....	6
5. Estipulação de seguros	7
6. Riscos excluídos.....	8
7. Âmbito geográfico da cobertura	10
8. Capital segurado	10
9. Franquia	10
10. Carência	10
11. Procedimentos em caso de sinistros	11
12. Análise, aceitação e contratação do risco.....	16
13. Contratação do seguro por meios remotos.....	17
14. Prazo de arrendimento	18
15. Vigência do seguro	18
16. Beneficiários	19
17. Renovação do seguro	19
18. Pagamento do prêmio	19
19. Perda de direitos.....	22
20. Rescisão e cancelamento	23
21. Prazo de arrendimento	24
22. Atualização de valores e atualização das obrigações pecuniárias.....	24
23. Prescrição	25
24. Material de divulgação.....	25
25. Elementos do certificado	25
26. Foro	25
27. Ouvidoria	25
Condições especiais.....	26
COBERTURA DE MORTE (M)	26
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	28
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	29
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)	32
COBERTURA DE DIAGNOSTICO DE DOENÇAS GRAVES (DDG).....	37
COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI).....	40
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)	43
COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (IH)	46

1. Disposições preliminares

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

1.2. Para os devidos fins e efeitos, serão considerados em caso somente as condições correspondentes às coberturas 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 Certificado, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízos de utilizar os demais canais de atendimento disponibilizados pela EZZE Seguros.

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

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

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

1.6. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

1.7. 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.

1.8. 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.

1.9. 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.

2. Objetivo do seguro

2.1. 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. Definições

3.1. 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.

AGRAVAMENTO DO RISCO: Situações que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco coberto, conforme originalmente contratado, podendo impactar na aceitação, no prêmio ou nas condições do seguro.

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.

APÓLICE: Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva);.

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.

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: Corresponde ao Limite Máximo Indenizável para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

CAPITAL SEGURADO FIXO: quando o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.

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.

CERTIFICADO DE SEGURO: É documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

COBERTURA: Corresponde ao risco assumidos e coberto pela Seguradora, conforme descrito na Apólice e Certificado de seguro.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano 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 Estipulantes, 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.

ENDOSSO: Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas

ESTIPULANTE: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista;

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: corresponde ao período de tempo onde as parcelas vencidas e a vencer durante este período deverão ser pagas integralmente pelo segurado, conforme descrito nas Condições Especiais da Cobertura.

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.

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.

PROPOSTA: Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais.

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

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;

SALDO DEVEDOR: Corresponde ao valor devido pelo segurado ao credor na data do sinistro conforme disposto nas Condições Especiais de cada Cobertura.

SEGURADO: Pessoa física ou jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, no caso de pessoa jurídica, o seguro deve ser feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários do Devedor da Obrigação.

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

SINISTRO: É a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência na Apólice e no Certificado de Seguro.

VALOR FINANCIADO: Corresponde ao valor total que o segurado financiou (incluindo taxas de cadastro, etc.) sem a incidência de juros.

VIGÊNCIA: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

4. Riscos cobertos

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

AS COBERTURAS QUE PODERÃO SER CONTRATADAS SÃO AS SEGUINTE:

4.1.1. Coberturas Básicas:

- a) Morte (M);
- b) Morte Acidental (MA).

4.1.2. Coberturas Adicionais:

- c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD);
- e) Diagnóstico de Doenças Graves (DDG);
- f) Desemprego Involuntário (DI);
- g) Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT);
- h) Internação Hospitalar (IH).

4.2. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO DAS COBERTURAS:

- a) As Coberturas são livremente escolhidas pelo Estipulante, observadas as condições e os limites estabelecidos para a contratação;
- b) Deverá ser contratada, obrigatoriamente uma cobertura básica, as demais coberturas quando contratadas, constarão no Certificado de Seguro e na Apólice.

4.2.1. Quando contratada a cobertura de Morte, não poderá ser contratada a cobertura de Morte Acidental e vice versa.

4.2.2. As coberturas Adicionais de desemprego involuntário, Incapacidade Física Total e Temporária e/ou Internação Hospitalar não se acumulam.

5. Estipulação de seguros

5.1. É expressamente vedada a atuação como Estipulante deste Seguro:

- a) Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
- b) Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.
- c) A vedação estabelecida no subitem 5.1 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.
- d) Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o consequente repasse em favor da Seguradora.

5.1.1. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

5.1.2. São obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- m) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

6. Riscos excluídos

6.1. Salvo determinação contrária, em favor do segurado expressa na Apólice 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 / Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;
- b) Uso de material nuclear para explosão 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 outrem;

- d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
 - e) Atos ilícitos dolosos, culpa grave equiparável ao dolo, atos propositais, fraude, má-fé, ação ou omissão dolosa praticada pelo Segurado, beneficiário ou Representante de um ou de outro; nos seguros contratados por pessoas jurídicas, esta exclusão aplica-se também aos sócios controladores, dirigentes, administradores legais, estipulantes, beneficiários e respectivos representantes;
 - f) Confisco, requisição, apreensão ou destruição de bens por ordem de autoridade de fato ou de direito;
 - g) Atos reconhecidamente perigosos praticados voluntariamente pelo Segurado, sem motivação justificável, bem como prática de atos ilícitos ou contrários à lei;
 - h) Furto simples, perdas, extravios, distrações ou esquecimentos, salvo disposição específica em contrário nas Condições Especiais;
 - i) Erupção vulcânica, inundação e alagamento de qualquer espécie, vendaval, furacão, ciclone, tornado e granizo;
 - 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) 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;
 - Conduzida por pilotos não legalmente habilitados;
 - Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- 6.2. Na hipótese de provocação dolosa do sinistro, o Segurado perderá o direito à indenização ou ao capital segurado, permanecendo a obrigação de quitar o prêmio devido, bem como de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.
- 6.3. Além dos Riscos Excluídos acima, deverão ser considerados os constantes na Cláusula das Condições Especiais no item RISCOS EXCLUÍDOS da respectiva cobertura contratada.

7. Âmbito geográfico da cobertura

- 7.1. As coberturas de Morte e Morte Acidental do Seguro são válidas em todo o globo terrestre.
- 7.2. As coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Diagnóstico de Doença Grave, Incapacidade Física Total Temporária e Internação Hospitalar são válidas somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- 7.3. A cobertura de Desemprego Involuntário é válida somente em território brasileiro.

8. Capital segurado

- 8.1. O Capital Segurado será fixo, ou seja, corresponde ao valor contratado pelo segurado na data do evento.
 - 8.1.1. Nos casos em que o segurado for pessoa jurídica (estipulante), o capital segurado será definido na proposta de adesão conforme segue:
 - a) Mediante indicação na proposta de adesão dos sócios e respectivo capital segurado de cada sócio (proporcional ou não a participação acionária);
 - b) Mediante a indicação na proposta de adesão dos sócios, onde o capital segurado será proporcional à participação societária de cada sócio, onde o valor da indenização poderá sofrer alterações de acordo com a composição acionária na data do sinistro.
 - 8.1.2. 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.

9. Franquia

- 9.1. Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida na Apólice e no Certificado de Seguro e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.

10. Carência

- 10.1. É o período contínuo, 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, onde sinistros ocorridos neste período não terão cobertura, ficando o segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.
- 10.2. O período de carência quando houver, será descrito na Apólice e no Certificado de Seguro, nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 10.3. Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto em caso de em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado, haverá uma carência de dois anos, contados a partir da Vigência inicial do Seguro, ou da sua recondução, depois de suspenso.

11. Procedimentos em caso de sinistros

11.1. Condições básicas:

11.1.1. Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado e/ou o beneficiário deve:

I - tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos, tais como, dentre outros: isolar a área, acionar o Corpo de Bombeiros ou Polícia, conter vazamentos ou danos contínuos, desde que não comprometa a preservação da cena do evento;

II - Comunicar prontamente o sinistro à seguradora por meio idôneo — como canal oficial de aviso via portal, central de atendimento, e-mail institucional ou outro meio válido descrito na apólice —, seguindo as orientações da seguradora para a contenção ou salvamento;

III - prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.

11.1.1.1. O descumprimento doloso/intencional dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

11.1.1.2. O descumprimento culposos dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

11.1.2. É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

11.1.2.1. O descumprimento culposos do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar eventuais despesas adicionais incorridas para a regulação e a liquidação do sinistro.

11.1.2.2. O descumprimento doloso do dever previsto nesta cláusula exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.

11.1.3. A provocação dolosa de sinistro determina a perda total do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

11.1.3.1. Sucede a mesma consequência prevista nesta cláusula quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.

11.1.3.2. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o capital segurado, ou a reserva matemática devida, será pago ao segurado ou a seus herdeiros quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário.

11.1.3.3. A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.

11.1.4. 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).

11.1.5. 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.

- 11.2. 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.
- 11.3. 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.
- 11.4. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.
- 11.5. Nos seguros de pessoas que tenham por objeto a cobertura para o caso de morte ou de invalidez por doença, poderá ser estabelecido prazo de carência contratual, durante o qual a Seguradora não assumirá a responsabilidade pela ocorrência do sinistro.
- 11.5.1. Na hipótese de ocorrência do sinistro durante o período de carência, legal ou contratual, a Seguradora obriga-se a restituir ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, o valor total dos prêmios pagos até a data do evento, ou a reserva matemática constituída, se houver.
- 11.6. 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:
- 11.6.1. Segurado Pessoa Física:
- 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.
- 11.6.2. Segurado Pessoa Jurídica:
- Além de todos os documentos solicitados para pessoa física;
 - Cópia do contrato social/estatuto atualizado constando as participações societária de cada um dos sócios.
- 11.6.3. Em caso de 2º Beneficiário:
- I. Pais:
- Cópia da Carteira de Identidade;
 - Cópia de CPF;
 - Cópia do Comprovante de Residência atualizado.
- II. Cônjuge:
- Cópia de Certidão de Casamento;
 - Cópia da Carteira de Identidade;
 - Cópia de CPF;
 - Cópia Comprovante de Residência atualizado.
- III. Companheiro(a):
- Cópia da Carteira de Identidade;

- Cópia de CPF;
- Cópia do Comprovante de Residência atualizado;
- Cópia de Comprovação de Dependência na Carteira Profissional, União Estável ou Imposto de Renda, junto ao INSS.

VI. Filhos:

- Cópia da Certidão de Nascimento;
- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia de CPF;
- Comprovante de Residência atualizado.

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

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

11.6.6. 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.

11.7. Perícia / Junta Médica

11.7.1. 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.

11.7.2. 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.

11.7.3. 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

11.7.4. de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

11.7.5. 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.

11.7.6. 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.

11.7.7. 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.

11.7.8. 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.

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

- 11.7.10. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 11.7.11. 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
- 11.7.12. sintomas podem desaparecer após o restabelecimento do segurado, ainda que tenha havido, de fato, sinistro.
- 11.7.13. 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.
- 11.8. Regulação de Sinistros
- 11.8.1. 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 Morte Acidental a data do acidente;
 - c) Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, a data do acidente;
 - d) 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;
 - e) Na Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária;
 - f) 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 1.5. das Condições Especiais. 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.
 - g) Para a cobertura de Internação hospitalar a data da internação.
- 11.8.2. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será correspondente ao valor da obrigação assumida pelo segurado vigente na data do evento, limitado ao capital contratado.
- 11.8.3. A indenização não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos limites máximos apresentados na Apólice e no Certificado de Seguro respeitados os capitais segurados para cada cobertura contratada.
- 11.8.4. 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.
- 11.8.5. 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.

11.9. Pagamento de Indenização

- 11.9.1. 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.
- 11.9.2. 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 na Apólice e no Certificado de Seguro.
- 11.9.3. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para proceder à regulação do sinistro e manifestar sobre a cobertura a partir da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os documentos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.
- 11.9.3.1. A relação de documentos específicos necessários para a regulação do Sinistro está prevista em cada uma das respectivas Condições Especiais.
- 11.9.4. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 11.9.5. 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.
- 11.9.6. 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.
- 11.9.7. Solicitados documentos complementares dentro do prazo de 30 (trinta) dias estabelecido nessa cláusula, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação .
- 11.9.8. 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.
- 11.9.9. 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.
- 11.9.10. A forma de pagamento da indenização será definida em cada Cobertura contratada.
- 11.9.11. 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 a seguir:
 - A data da ocorrência do evento;
- 11.9.12. 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.

11.9.13. 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.

11.10. Recusa de Sinistro

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.

12. Análise, aceitação e contratação do risco

12.1. A contratação, alteração ou Renovação não automática somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado. A adesão dos segurados à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, da proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

12.2. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

12.3. A adesão dos segurados à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, da proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

12.4. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, ratificada pelo correspondente aditivo.

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

12.6. Após o recebimento da Proposta, a Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise da Proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos, para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou, ainda, para as Renovações.

12.7. Caso a Seguradora necessite de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração solicitada pelo Segurado, poderá solicitá-los por uma vez, durante o prazo de 25 (vinte e cinco) dias acima mencionado. Neste caso, o referido prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega de toda a documentação.

12.8. A Seguradora comunicará ao proponente, seu representante ou ao seu corretor de seguros, por escrito, a aceitação tácita ou recusa da Proposta, e no caso de recusa especificando seu(s) motivo(s).

12.9. Na hipótese de a Proposta ter sido recepcionada com adiantamento do Prêmio será concedido uma cobertura provisória até a data da comunicação ao proponente, seu representante ou ao seu corretor de seguros do resultado da análise.

12.9.1. No caso de aceitação da proposta, será considerado o período de cobertura provisória como de efetiva vigência no seguro.

12.9.2. No caso de recusa da proposta, a cobertura do seguro prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis após a sua formalização pela Seguradora e, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a Seguradora devolverá o adiantamento recebido, deduzindo a parcela proporcional ao período em que a cobertura tiver prevalecido.

12.9.2.1. Caso a devolução não ocorra no prazo de 10 (dez) dias acima mencionado, os valores devolvidos serão acrescidos de:

- a) Atualização monetária pela variação positiva do índice previsto na Cláusula Atualização de Valores Contratados e Encargos Moratórios a partir da data de formalização da recusa até a data da efetiva devolução, pela Seguradora; e
- b) Juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo de 10 (dez) dias para a devolução do Prêmio, até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

12.10. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, nos prazos previstos no sub item 12.6 anterior, caracterizará a aceitação tácita do seguro.

12.11. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) Data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- b) Data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- c) Data de término do prazo previsto no sub item 12.6. anterior

12.12. A emissão da Apólice, do Certificado Individual ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da aceitação da Proposta.

12.13. Caso ocorra a emissão da Apólice, do Certificado Individual ou Endosso dentro do prazo estabelecido no sub item 12.6. anterior, substituirá a manifestação tácita da aceitação da proposta prevista no sub item 12.10.

13. Contratação do seguro por meios remotos

13.1.A contratação do seguro poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.

13.2.A Apólice e/ou o Certificado Individual será emitido com base nas declarações prestadas, na Proposta de Contratação e/ou Adesão e devidamente assinada. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

13.3. Se os dados Apólice e/ou o Certificado Individual estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na Apólice e/ou o Certificado Individual emitido.

13.4. As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas contratualmente.

13.5. Nos seguros contratados através de Meios Remotos e/ou por Representante de Seguros, o Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão da Apólice e/ ou o Certificado Individual.

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

imediato.

- 13.5.2. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.
- 13.5.3. A Seguradora, ou seus Representantes de Seguro, e o Corretor de Seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.
- 13.5.4. 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.

14. Prazo de arrependimento

- 14.1. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Certificado.
- 14.2. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 14.1 anterior, serão devolvidos, de imediato.
- 14.3. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.
- 14.4. A sociedade seguradora, ou Estipulante de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.
- 14.5. 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.

15. Vigência do seguro

- 15.1. O período de vigência do seguro corresponderá ao prazo da obrigação a que o compromisso objeto do seguro está atrelado, tendo início e término de vigência às 24h00 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim indicadas no Certificado de Seguro.
- 15.2. Nos casos em que a obrigação perdurar por período indeterminado, o prazo de vigência deverá ser acordado entre as partes.
- 15.3. 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.
- 15.4. Nos casos em que houver repactuação do prazo original do contrato, relativo a obrigação, a seguradora deverá ser comunicada e:
- 15.5. 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.
- 15.6. 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".

16. Beneficiários

16.1. 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.

16.2. Caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições do seguro, na falta de indicação de beneficiário(s) a indenização será paga conforme dispuser a legislação em vigor.

17. Renovação do seguro

17.1. Não haverá renovações para este seguro.

18. Pagamento do prêmio

18.1. O prêmio poderá ser pago de forma única ou mensal, de acordo com o estabelecido no Certificado de Seguro.

18.1.1. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o trigésimo dia da emissão da na Apólice e do Certificado de Seguro, e será contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

18.1.2. Se a data limite para o pagamento de prêmio à vista ou 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.

18.2. 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.

18.3. O prêmio pago ao Estipulante de Seguro considera-se feito a Seguradora.

18.4. O não pagamento do prêmio à vista, no caso de parcela única, ou o não pagamento da primeira parcela, na data prevista no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e a perda de direito de qualquer cobertura securitária prevista no contrato, independentemente do momento em que ocorra o sinistro..

18.5. O não pagamento das demais parcelas de prêmio após a primeira na data do vencimento constitui o estipulante em mora, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

18.6. Será adotado o prazo de Tolerância de 90 (noventa) dias, durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.

18.7. Em caso de ocorrência de sinistro coberto nesse período, a indenização será paga deduzida dos prêmios devidos nesse período e não pagos, sendo estes acrescidos de multa e juros moratórios nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

18.8. Em se mantendo a inadimplência por período superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data do primeiro vencimento da primeira fatura em aberto, a apólice será cancelada.

18.9. Não será considerado para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem:

a) A data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.

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

18.11. No caso de pagamento mensal, configurada a falta de pagamento do prêmio na data indicada no respectivo documento de cobrança, independente do pagamento de parcelas subsequentes ou não, implicará na Suspensão da Cobertura, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

18.12. Nos seguros sobre a vida e a integridade física estruturados com reserva matemática, o não pagamento de qualquer parcela do prêmio que não seja a primeira implicará, conforme a escolha do Segurado ou de seus beneficiários, feita dentro de 30 (trinta) dias contados da notificação de inadimplemento:

a) Na redução proporcional da garantia; ou

b) Na devolução da reserva matemática constituída.

18.13. Se houver relevante redução do risco, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação.

18.14. Na hipótese de extinção total do interesse segurado, o contrato será resolvido, com a devolução proporcional do prêmio, ressalvadas, na mesma proporção, as despesas realizadas com a contratação.

18.15. Em caso de nulidade ou ineficácia do contrato de seguro, o segurado ou o tomador fará jus à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se provada a ocorrência de má-fé.

18.16. Configurada a falta de pagamento (mora) da primeira parcela do prêmio ou da parcela única, o contrato será revogado de pleno direito, salvo convenção, uso ou costume em contrário.

18.16.1. A Seguradora enviará notificação prévia ao Segurado por meio idôneo que comprove o recebimento, alertando sobre a necessidade de quitação das parcelas em atraso, concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias para a purgação da mora, contado do recebimento da notificação.

18.16.1.1. Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo acima terá início na data da frustração da notificação.

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

18.16.3. A reabilitação do Certificado de Seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante 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.

18.17. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, , advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato em 90 (noventa) dias após a notificação da seguradora , 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.

18.18. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

18.19. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista, ou 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.

18.20. O segurado e o estipulante obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.

18.21. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante não poderá prejudicar o segurado.

18.22. É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

18.23. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o estipulante ou sub- estipulante não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do segurado. Nesses casos, se o segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.

18.24. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.

18.25. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da seguradora de rescindir o seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

18.26. O não pagamento do prêmio até a data de vencimento correspondente, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais."

19. Perda de direitos

19.1. 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.

19.2. O segurado perderá o direito a qualquer indenização e restituição de prêmio decorrente do presente contrato quando:

19.2.1. Deixar de cumprir com as obrigações convencionadas neste contrato;

19.2.2. O segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro.

19.2.2.1. 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:

- Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
- Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;
- Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de indenização:
 - 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
 - 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 cobertura contratada para riscos futuros.

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

19.3. Ainda que se verificado agravamento relevante do risco contratado durante a vigência da apólice, a Seguradora não poderá cancelar o contrato ou recusar a cobertura em razão desse agravamento.

19.3.1. Nessa hipótese, a Seguradora poderá apenas exigir o pagamento da diferença de prêmio correspondente ao novo nível de risco, a ser calculada de forma proporcional e justificada, respeitando os critérios técnicos atuariais e normativos aplicáveis.

19.3.2. A seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

a) Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

19.3.3. 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.

19.4. 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:

19.4.1. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes quando for o caso;

19.4.2. 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;

19.4.3. Além das obrigações desta cláusula, o segurado, em caso de sinistro, deverá cumprir as instruções determinadas nas condições de cada cobertura.

19.4.4. Pagar em dia os prêmios do seguro fixados nos documentos de cobrança da seguradora ou outra forma pactuada;

19.5. O segurado deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;

19.6. O não cumprimento, por parte do segurado, das obrigações e normas estabelecidas nesta cláusula, bem como nestas condições como um todo, poderá acarretar a suspensão ou rescisão do contrato de seguro, consoante a análise procedida pela seguradora.

20. Rescisão e cancelamento

20.1. 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.

20.2. 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.

20.3. 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 Certificado 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.

20.4. 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 12.2 da cláusula Vigência do Seguro.
- e) Com o esgotamento do Capital Segurado, ou seja, quando a indenização ou a soma das indenizações pagas atingir o valor do Capital Segurado Contratado para as coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, expressos na Apólice e no Certificado de Seguro.

20.5. 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.

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

20.7. 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 Certificado de Seguro será cancelado automaticamente pela seguradora.

21. Prazo de arrependimento

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

21.2. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 18.1 anterior, serão devolvidos, de imediato.

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

21.4. A sociedade seguradora, ou Estipulante de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

21.5. 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.

22. Atualização de valores e atualização das obrigações pecuniárias

22.1. Atualização de Valores

22.1.1. Como o capital segurado está relacionado com a variação da obrigação ou compromisso do segurado, estes valores serão atualizados automaticamente de acordo com o sistema de amortização estabelecido no Certificado de Seguro.

22.1.2. Nos seguros contratados sob a forma de pagamento de prêmio mensal, os valores serão recalculados na mesma periodicidade de acordo com a variação do Capital Segurado, acrescidos do recálculo anual do prêmio em função da nova idade atingida do Segurado.

22.1.3. Nos seguros contratados sob a forma de pagamento único, não haverá recálculo do prêmio pago à vista.

22.2. Atualização das Obrigações Pecuniárias

22.3. As demais obrigações serão atualizadas com base no Índice IPCA/IBGE (Índice de

Preços ao Consumidor Amplo) a partir da data em que se tornarem exigíveis.

22.4. 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.

22.5. 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.

22.6. 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.

22.7. 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.

23. Prescrição

23.1. Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

24. Material de divulgação

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

25. Elementos do certificado

25.1. O Certificado de Seguro, deverá especificar elementos mínimos previstos na legislação em vigor.

26. Foro

26.1. 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.

27. Ouvidoria

27.1. A EZZE Seguros, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

27.2. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes. As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:

- Por email: ouvidoria@ezzeseguros.com.
- Por carta, diretamente à Ouvidoria da EZZE Seguros, endereçada à:
- EZZE Seguros – Ouvidoria
- Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 50 -10º.andar
- Vila Nova Conceição – São Paulo - SP - CEP: 04543-000

Condições especiais

COBERTURA DE MORTE (M)

1. Riscos cobertos

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.

2. Elegibilidade

2.1. São elegíveis para a cobertura de Morte todas as pessoas físicas ou jurídicas, representados pelo sócios proprietários, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3. Riscos excluídos

3.1. Ratificam-se os riscos excluídos apresentados na cláusula – “Riscos Excluídos” das condições gerais.

4. Capital segurado

4.1. A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Fixo, onde o capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

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

4.1.2. Anualmente o Capital Segurado será corrigido automaticamente no aniversário do Certificado de Seguro, de acordo com o índice pactuado nas Condições Gerais do seguro, ou a qualquer tempo mediante a solicitação do segurado e aceitação da Seguradora.

5. Carência/franquia

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

5.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Certificado de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

5.2.1. 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.

5.2.2. 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.

6. Procedimento em caso de sinistros

6.1. 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.

7. Forma de pagamento da indenização

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

8. Ratificação

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

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. Riscos cobertos

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 acidental do segurado durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

2. Elegibilidade

2.1. São elegíveis para a cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas ou jurídicas, representados pelos sócios proprietários, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3. Riscos excluídos

3.1. Ratificam-se os riscos excluídos apresentados na cláusula – “Riscos Excluídos” das condições gerais.

4. Capital segurado

4.1. A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Fixo, onde o capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

4.1.1. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como “data de ocorrência do evento coberto”, a data do acidente que causou a morte do segurado.

4.1.2. Anualmente o Capital Segurado será corrigido automaticamente no aniversário do Certificado de Seguro, de acordo com o índice pactuado nas Condições Gerais do seguro, ou a qualquer tempo mediante a solicitação do segurado e aceitação da Seguradora.

5. Carência/franquia

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

5.2. CARÊNCIA: Não haverá Carência para esta cobertura, 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.

6. Procedimento em caso de sinistros

6.1. 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:

Morte Decorrente de Acidente:

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

7. **Forma de pagamento da indenização**

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

8. **Ratificação**

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. **Riscos cobertos**

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.

2. **Elegibilidade**

2.1. São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente todas as pessoas físicas ou jurídicas, representados pelos sócios proprietários, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

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

3. **Riscos excluídos**

3.1. Ratificam-se os riscos excluídos apresentados na cláusula – “Riscos Excluídos” das condições gerais.

4. **Capital segurado**

4.1. A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Fixo, onde o capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência

do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada "data da ocorrência do evento coberto" a data do acidente do segurado.

4.3. Anualmente o Capital Segurado será corrigido automaticamente no aniversário do Certificado de Seguro, de acordo com o índice pactuado nas Condições Gerais do seguro, ou a qualquer tempo mediante a solicitação do segurado e aceitação da Seguradora.

5. Carência/franquia

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

5.2. CARÊNCIA: Não haverá Carência para esta cobertura, 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.

6. Procedimento em caso de sinistros

6.1. 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 6.2.
- 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 6.2., a indenização permanecerá limitada à 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.

6.2. Tabela para cálculo de percentuais de indenização em caso de invalidez permanente total por acidente

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURO
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.	

6.3. 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:

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

6.4. 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.

7. Forma de pagamento da indenização

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

8. Ratificação

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

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)

1. Riscos cobertos

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.

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 Autônômicas do Segurado comprovada na forma definida nestas Condições Especiais.

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.

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.

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.

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) Oprimeiro (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.

2. Definições

2.1. São definições específicas desta Cobertura:

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

3. Elegibilidade

3.1. São elegíveis para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença as pessoas físicas ou jurídicas, representados pelos sócios proprietários, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4. Riscos excluídos

4.1. Além dos riscos excluídos apresentados na 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.

5. Capital segurado

5.1. A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Fixo, onde o capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro de Seguro.

5.1.1. Anualmente o Capital Segurado será corrigido automaticamente no aniversário do Certificado de Seguro, de acordo com o índice pactuado nas Condições Gerais do seguro, ou a qualquer tempo mediante a solicitação do segurado e aceitação da Seguradora.

5.2. 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.

6. Franquia/carência

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

6.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e no Certificado de Seguro, e será contada a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

6.3. 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.

7. Procedimentos em caso de sinistros

7.1. 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) 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.

7.2. 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;

7.3. 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.

8. Forma de pagamento da indenização

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

9. Ratificação

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

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 a 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.	0
	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 de mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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 sistema, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	0
	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 insuficiência em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA.	1º GRAU: o Segurado realiza sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirige-se ao banheiro, lava o rosto; escovar os dentes, pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com as condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	2º GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro, para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

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 sangramento, 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 agravamento mantido associado ou não a disfunção imunológica.	04
Existe mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente de associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

COBERTURA DE DIAGNOSTICO DE DOENÇAS GRAVES (DDG)

1. Objetivo da Cobertura

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 Diagnóstico de Doença Grave do segurado durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

2. Elegibilidade

2.1. São elegíveis para a cobertura de Diagnóstico de Doença Grave todas as pessoas físicas ou jurídicas, representados pelos sócios proprietários, que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. Para fins desta cobertura, consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, através de Declaração Médica especializada durante a vigência do seguro, de um dos seguintes Diagnósticos Clínicos, provenientes exclusivamente das seguintes doenças:

- Diagnóstico de Câncer;
- Derrame (acidente vascular cerebral);
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Insuficiência Renal Crônica;
- Transplante de Órgãos Vitais.

3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" data do 1º (primeiro) diagnóstico da doença coberta e que se enquadre em quadro clínico de diagnóstico, indicada na declaração médica conforme segue:

3.2.1. Diagnóstico de Câncer: É a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

3.2.2. Derrame: (Acidente Vascular Cerebral): Isquemia cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz sequela neurológica definitiva, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

3.2.3. Infarto Agudo do Miocárdio: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.

3.2.4. Insuficiência Renal Crônica: Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

3.2.5. Transplantes de Órgãos Vitais: É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em

questão.

3.3. Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico de Doença Grave, uma vez caracterizado o evento como coberto e indenizado, o seguro será cancelado.

4. Riscos excluídos

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 6 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais também estarão excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves:

- a) Para câncer (neoplasia): qualquer câncer não invasivo (in situ), doença de hodgkin na fase i, todos os câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação rai menor que III);
- b) Para infarto agudo do miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;
- c) Para derrame (acidente vascular cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da apólice;
- d) Para insuficiência renal crônica: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;
- e) Para ara transplantes de órgãos vitais: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 3.2.5 destas Condições Especiais;

5. Capital segurado

5.1. A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Fixo, onde o capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data do 1º diagnóstico de doença grave, respeitado o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

5.1.1. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como "data de ocorrência do evento coberto", a data do 1º diagnóstico de doença grave posterior a contratação do seguro.

5.1.2. Anualmente o Capital Segurado será corrigido automaticamente no aniversário de contratação do Certificado de Seguro, de acordo com o índice pactuado nas Condições Gerais do seguro, ou a qualquer tempo mediante a solicitação do segurado e aceitação da Seguradora.

6. Carência/franquia

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

6.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Certificado de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

6.2.1. 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.

6.2.2. 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.

7. Procedimento em caso de sinistros

7.1. Documentos Básicos em caso de Sinistros

7.1.1. 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:

7.2. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

- a) Para Câncer (neoplasia): Resultado do exame anatomopatológico;
- b) Para Infarto Agudo do Miocárdio: Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- c) Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- d) Para Insuficiência Renal Crônica: Resultado dos exames da função renal;
- e) Para Transplante de Órgãos Vitais: Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.
- f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos imagens e resultados de exames, referentes aos itens anteriores.

8. Junta médica

8.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do diagnóstico de Doença Grave, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

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

8.3. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Diagnóstico de Doença Grave igual a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios

eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.3.1. Não estando comprovado o Diagnóstico de Doença Grave, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Certificado de seguro, sem qualquer devolução de prêmios.

9. Forma de pagamento da indenização

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

10. Ratificação

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

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. Riscos cobertos

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.

2. Definições

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.

3. Elegibilidade

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 meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador descritos na Apólice e no Certificado de Seguro, 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.

3.1.1. 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.

3.2. 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.

3.3. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove o mesmo número meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador conforme descrito na Apólice e no

Certificado de Seguro, entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

4. Riscos excluídos

4.1. 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 deste seguro 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.

5. Capital segurado

5.1. A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Fixo, onde o capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

5.2. O valor da obrigação mencionada no item 5.1. anterior poderá corresponder a:

- a) quantidade de parcelas a serem pagas ao credor de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer sem vínculo empregatício, desde que não exerça nenhuma

outra atividade remunerada, observado o limite de parcelas mensais contratadas e o valor máximo descritos na Apólice e no Certificado de Seguro.

- b) ao valor da obrigação integral assumida pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.
- c) 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.

6. Franquia/carência

6.1. **FRANQUIA:** O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e no Certificado 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.

6.2. **CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e no Certificado de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

7. Procedimentos em caso de sinistros

Documentos Básicos em caso de Sinistros

7.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula

7.2. "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 Certificado de Seguro do Seguro;

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

8. Forma de pagamento da indenização

8.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma de prestações sucessivas, de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer sem vínculo empregatício, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, observado o limite de

parcelas mensais contratadas estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

8.2. O valor de cada prestação corresponderá ao valor da parcela da obrigação a ser paga no mês, observado o valor máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

9. Ratificação

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

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)

1. Riscos cobertos

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.

1.2. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária é válida somente aos profissionais liberais, autônomos e sócios de empresas, que possam justificar e comprovar uma atividade profissional.

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

1.4. A incapacidade de que trata 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.

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

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

2. Elegibilidade

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

3. Riscos excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “riscos excluídos” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Tratamentos para obesidade, inclusive gastroplastia redutora;
- b) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas conseqüências;
- c) Tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente

- pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- d) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - e) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
 - f) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
 - g) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
 - h) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer e doença de parkinson.
 - i) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores
 - j) 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,
 - k) seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes, de conhecimento do segurado;
 - l) Hospitalização para check-up;
 - m) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente depois de esgotado o capital segurado contratado para este mesmo evento coberto;
 - n) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (lrc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cervicobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados ou lesões similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidade acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.
 - o) Gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;
 - p) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, Controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas conseqüências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
 - q) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;
 - r) Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o "stress";
 - s) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.

4. Capital segurado

4.1. A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Fixo, onde o

capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

4.1.1. O valor da obrigação mencionada no item 4.1. anterior poderá corresponder a:

- a) quantidade de prestações a serem pagas ao credor de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas mensais contratadas e o valor máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.
- b) ao valor da obrigação integral assumida pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

4.2. 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.

5. Franquia/carência

5.1. FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e no Certificado 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 atividades para poder reclamar a cobertura do seguro.

5.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e no Certificado de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

5.2.1. 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.

5.2.2. 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.

6. Procedimentos em caso de sinistros

6.1. 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.

6.2. 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).

7. Forma de pagamento da indenização

7.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma de prestações sucessivas, de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

7.2. O valor de cada prestação corresponderá ao valor da parcela da obrigação a ser paga no mês, observado o valor máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

8. Ratificação

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

COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (IH)

1. Riscos cobertos

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 Internação hospitalar do segurado em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

1.2. A cobertura de Internação Hospitalar é válida somente para pessoas físicas que não possuam vínculo empregatício, ou sejam profissionais liberais, autônomos e sócios de empresas.

1.3. A cobertura de internação hospitalar é devida a partir do primeiro dia após o cumprimento do período de franquia do seguro, observado o limite de capital segurado contratado.

1.4. A internação Hospitalar que trata a presente cobertura é caracterizada pela internação hospitalar do segurado decorrente de acidente ou doença até a sua respectiva alta médica.

1.5. O período de internação Hospitalar deverá ser comprovado através de documentos comprobatórios emitidos pelo Hospital descrevendo prazos e procedimentos comprobatórios devidamente assinado por profissional devidamente autorizado pelo hospital.

1.6. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Internação Hospitalar 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 um novo sinistro.

2. Elegibilidade

São elegíveis para a cobertura de Internação Hospitalar, somente as pessoas físicas, que não possuam qualquer vínculo empregatícios, e/ou profissionais liberais ou autônomos e Pessoas Jurídicas na figura de sócios proprietários devidamente comprovados, e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro que:

2.1. Para pagamento da 1ª parcela:

O período de internação seja superior ao período de franquia estabelecido para o seguro;

2.2. Para pagamento das demais parcelas:

O segurado deverá comprovar sua internação por um período igual ou superior a 20 (vinte) dias após o vencimento da parcela anterior.

3. Riscos excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “riscos excluídos” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Tratamentos para obesidade, inclusive gastroplastia redutora;
- b) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- d) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- e) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- f) 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;
- g) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer e doença de parkinson.

- h) 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, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes, de conhecimento do segurado;
- i) Hospitalização para check-up;
- j) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente depois de esgotado o capital segurado contratado para este mesmo evento coberto;
- k) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (ltc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias 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 "invalidéz acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.
- l) Gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;
- m) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, Controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas conseqüências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- n) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- o) Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o "stress";
- p) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.

4. Capital segurado

4.1. A presente cobertura é contratada na Modalidade de Capital Segurado Fixo, onde o capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

4.1.1. O valor da obrigação mencionada no item 4.1. anterior poderá corresponder a:

- a) quantidade de prestações a serem pagas ao credor de acordo com o período de internação do segurado em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, observado a elegibilidade, o limite de parcelas mensais contratadas e o valor máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.
- b) ao valor da obrigação integral assumida pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada "data da ocorrência do evento coberto" a data da internação do segurado.

5. Franquia/carência

5.1. **FRANQUIA:** O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e no Certificado de Seguro, respeitado um limite mínimo de 3 (três) dias máximo de 10 (dez) dias ininterruptos a contar da efetiva internação hospitalar do segurado.

5.2. **CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, e quando aplicável, deverá constar na Apólice e no Certificado de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão, respeitando um período máximo de 90 (noventa) dias.

5.2.1. 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.

5.2.2. 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.

6. Procedimentos em caso de sinistros

6.1. Comprovação da Internação hospitalar

a) O Segurado deverá comprovar internação hospitalar mediante a documentação oficial e original(ais) do(s) hospital(ais) emitida pelo segurado quando da sua alta médica devidamente assinado por profissional legalmente autorizado pela instituição.

6.2. 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 que o segurado não possui e nem exerce qualquer tipo de atividade remunerada, podendo ser: Cópia de cartão assistencial, carteira de estudante, última declaração do Imposto de Renda;
- e) Prontuário médico detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo de internação alta médica, 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 a internação;
- g) Alta médica que comprove e constate o período de internação relativo ao atendimento hospitalar;
- h) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) quando aplicável;
- i) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s).

7. Forma de pagamento da indenização

7.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma de prestações sucessivas, de acordo com o período em que o segurado permanecer internado em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, observado a elegibilidade e o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

7.2. O valor de cada prestação corresponderá ao valor da parcela da obrigação a ser paga no mês, observado o valor máximo estabelecido na Apólice e no Certificado de Seguro.

8. Ratificação

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