

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO CAPITAL SEGURADO FIXO

Condições gerais e especiais

Processo SUSEP no: 15414.001898/97-18

SUMÁRIO

1	Condições gerais	04
2	Seguro prestamista coletivo capital segurado fixo	29
3	Condições especiais da cobertura de Morte Acidental (MA)	31
4	Condições especiais da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	33
5	Condições especiais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	36
6	Condições especiais da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação	43
7	Condições especiais da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Autônoma	53
8	Condições especiais da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)	64
9	Condições especiais da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI)	67
10	Condições especiais da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente (PRIT-A)	71

SUMÁRIO

11	Condições especiais da cobertura de perda de renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente Ou Doença (PRIT-AD)	75
12	Condições especiais da cobertura de Diárias por Incapacidade Física Temporária por Acidente (DIT-A)	79
13	Condições especiais da cobertura de Diárias por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença (DIT-AD)	82
14	Condições especiais da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar Por Acidente ou Doença (DIH-AD)	86
15	Condições especiais da cobertura de Doenças Graves (DG)	90
16	Condições especiais da cobertura de diagnóstico de câncer feminino (DC-F)	95
17	Condições especiais da cláusula de distribuição de excedente Técnico	98

1 Disposições Preliminares

- 1.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco;
- 1.2. O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF;
- 1.4. Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nas Condições Contratuais e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas Condições Gerais;
- 1.5. Para situações não previstas nestas condições serão utilizadas a legislação e a regulamentação específica em vigor no Brasil, aplicáveis aos seguros de pessoas;
- 1.6. Este plano está estruturado em regime financeiro de repartição, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante;
- 1.7. Todos os valores deste seguro, tais como Capitais Segurados e Prêmios, deverão ser expressos e pagos em moeda corrente do Brasil;
- 1.8. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver;
- 1.9. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as Condições Gerais ou Especiais.

2 Objetivo do seguro

- 2.1. Este Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo Segurado Devedor junto ao Credor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, limitado ao prazo e Capital Segurado contratado, observados todos os termos destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais;
- 2.2. Desde que acordado entre as partes e estabelecido na Apólice, este seguro poderá ser remissivo, ou seja, o Capital Segurado será pago ao Credor, até um múltiplo do valor correspondente ao compromisso assumido, garantindo a permanência do Segurado e/ou seus dependentes em contrato com o Credor, por tempo determinado. A Seguradora estará isenta de eventuais aumentos futuros e o

Estipulante assumirá junto ao Segurado e seus beneficiários o compromisso pela garantia do período estabelecido em contrato entre as partes, sem qualquer ônus ou cobrança de valores adicionais a qualquer das partes.

3 Definições

Para efeito deste seguro, serão adotadas as seguintes definições:

Acidente Pessoal: 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:

a.1) O suicídio, ou a sua tentativa (se decorridos 2 (dois) anos de vigência individual), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;

a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;

a.5) 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:

b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b.4) 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 desta definição:

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

Apólice: documento emitido pela Seguradora, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem; é um ato de má-fé.

Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário: pessoa, física ou jurídica, designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro. Este seguro prevê como primeiro Beneficiário o Credor, até o valor do saldo da obrigação assumida pelo Segurado. A diferença que ultrapassar o Saldo Devedor, se houver, será paga ao segundo Beneficiário, designado pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

Capital Segurado: importância máxima estabelecida para cada cobertura contratada, a ser paga aos beneficiários pela Seguradora em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado nas Propostas de Contratação e de Adesão ao Seguro.

Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito às coberturas contratadas.

Certificado Individual: documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou do Prêmio. No Certificado Individual constarão os dados específicos da contratação de cada Segurado, tais como nome, datas de início e final de vigência, Capital Segurado de cada cobertura contratada e Prêmio.

Coberturas: diversas garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, definidas nas Condições Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente da Apólice.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo as obrigações e os direitos da Seguradora, do Estipulante dos Segurados e dos Beneficiários. Contrato: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixa os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.

Corretor de Seguros: pessoa física ou jurídica habilitada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) e autorizada a angariar e promover contratos de seguro.

Credor: aquele a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada.

Dano Estético: qualquer dano físico / corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

Dano Moral: toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas deste seguro.

Data de Exigibilidade: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas na Apólice.

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o Médico-Assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Declaração Pessoal de Saúde: documento formal e legal incluso na Proposta de Adesão em que o Proponente, pessoa física, deverá prestar informações sobre as suas condições de saúde, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura.

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

Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro, que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde, e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Emolumentos: despesas adicionais correspondentes a impostos incidentes sobre o prêmio de seguro.

Endosso ou Aditivo: documento, emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições da Apólice, de comum acordo com o Estipulante, podendo ou não haver movimentação de Prêmio.

Estipulante: 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.

Franquia: período contínuo de tempo, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Beneficiário não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é aplicada em cada sinistro coberto.

Grupo Segurado: conjunto dos componentes do Grupo Segurável que foram aceitos e incluídos no seguro.

Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Contratuais.

Indenização: valor que a Seguradora deve pagar ao Segurado ou ao Beneficiário em caso de sinistro coberto pela Apólice, não podendo ultrapassar, em hipótese alguma, o Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada, vigente na data do sinistro.

IPCA/IBGE: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Médico-Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. Não serão aceitos como Médico-Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, ou pessoa que esteja convivendo com o Segurado, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Meios Remotos: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

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.

Prêmio: valor pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Proponente: pessoa física ou jurídica interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro ou aderir à Apólice por meio do preenchimento da Proposta de Adesão, e que passará a condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Adesão: formulário disponibilizado pela Seguradora para informação dos dados pessoais do Proponente, pessoa física vinculada ao Estipulante, tais como nome completo, RG, CPF, data de nascimento, endereço, valor e prazo da Obrigação, no qual o mesmo expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, declarando ter tido prévio e pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante proponente expressa a intenção de contratar cobertura(s) direcionada(s) às pessoas a ele vinculadas, declarando ter tido prévio e pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

Regime Financeiro de Repartição Simples: aquele por meio do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados num determinado período.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados após a ocorrência de um sinistro e respectivo aviso para apuração de suas causas e demais circunstâncias envolvidas, com a finalidade de verificar a caracterização de evento e seu enquadramento no seguro.

Reintegração: recomposição do Capital Segurado de uma cobertura, que foi reduzido pelo pagamento de indenização após ocorrência de sinistro coberto.

Representante de Seguros: pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da Seguradora.

Risco ou Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, previsto nas Coberturas contratadas e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais, ocorrido durante a Vigência da Cobertura individual, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

Riscos Excluídos: riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

Saldo Devedor: é o valor da dívida da operação realizada pelo Segurado junto ao Credor, apurado na data do sinistro. Valor remanescente da Obrigação na data do sinistro.

Seguradora: é a Generali Brasil Seguros S.A., empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

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

Vigência da Apólice: período de tempo compreendido entre a data de início e de término do Contrato de Seguro firmado com o Estipulante.

Vigência da Cobertura Individual: período de tempo compreendido entre a data de início e de término de vigência da cobertura de cada Segurado coberto pela Apólice.

4 Grupo segurável

4.1. É a totalidade do grupo de pessoas físicas que mantêm vínculo comprovado com o Estipulante, sujeitas à análise de aceitação da Seguradora;

4.2. No caso de Obrigação assumida por pessoa jurídica de direito privado, o seguro poderá ser feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, desde que haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade da pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à Obrigação em caso de sinistro.

observando-se que:

- a) O Capital Segurado será proporcional a participação acionária de cada um na empresa, conforme Contrato Social, ou ao impacto da ausência do proponente pessoa física na Obrigação assumida, desde que estejam em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde, e tenham idade máxima conforme estabelecido no Contrato;
- b) A formalização da inclusão de cada Segurado será realizada por meio do preenchimento da Proposta de Adesão;
- c) Se algum dos sócios não cumprir as condições de aceitação previstas na alínea a) acima, o seguro poderá ser contratado apenas pelos sócios aceitos, com Capital Segurado proporcional às respectivas responsabilidades na Obrigação assumida pela empresa;
- d) É facultada à Seguradora a solicitação, a qualquer tempo, da apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

5 Grupo segurado, condições de aceitação e adesão mínima

5.1. Grupo Segurado é o conjunto dos componentes do Grupo Segurável que, através do preenchimento da Proposta de Adesão, foram aceitos nos termos destas Condições Gerais, incluídos na Apólice e cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor;

5.2. Somente poderão ser incluídas e serão aceitas na Apólice as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que, na data estabelecida para início de Vigência da Cobertura Individual:

- a) Estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa, sendo que as Condições Contratuais poderão prever a possibilidade de ingresso de aposentados por tempo de serviço ou idade;
- b) Não estejam afastados do trabalho, independentemente do motivo;
- c) Tenham idade dentro dos limites estabelecidos na Apólice.

5.3. Para efeito de análise dos riscos, além do preenchimento da Proposta de Adesão e da Declaração Pessoal de Saúde (DPS), se houver, a Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente, sempre que julgar necessário, informações sobre sua situação financeira e relatório médico, acompanhado de exames complementares dos últimos 6 (seis) meses, respeitadas as disposições dos itens 10.6 e 10.7 destas Condições Gerais;

5.4. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) ou na entrega de documentos complementares solicitados implicará na recusa automática do risco pela Seguradora;

5.5. A adesão mínima de componentes do Grupo Segurável para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso na Proposta de Contratação e na Apólice ou no Contrato.

6 Âmbito geográfico das coberturas

As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial, exceto para a cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário que se aplica apenas para eventos ocorridos em território brasileiro.

7 Coberturas

7.1. Para fins deste seguro consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas efetivamente contratadas, dentre as abaixo, que poderão ser contratadas de forma isolada uma da outra mediante ratificação na Apólice e indicação dos respectivos Capitais Segurados, respeitadas as conjugações oferecidas pela Seguradora e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais:

- a) Morte (M);
- b) Morte Acidental (MA);
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);

- d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- e) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) –Antecipação;
- f) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma;
- g) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- h) Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI);
- i) Perda de Renda por Incapacidade física Temporária por Acidente (PRIT-A);
- j) Perda de Renda por Incapacidade física Temporária por Acidente ou Doença (PRIT-AD);
- k) Diárias por Incapacidade física Temporária por Acidente (DIT-A);
- l) Diárias por Incapacidade física Temporária por Acidente ou Doença (DIT-AD);
- m) Diárias por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIH-AD);
- n) Doenças Graves (DG);
- o) Doença Terminal (DT);
- p) Diagnóstico de Câncer Feminino (DC-F).

7.2. As Coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não podem ser contratadas conjuntamente;

7.3. As Coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) não podem ser contratadas conjuntamente;

7.4. As Coberturas de Doenças Graves (DG), Doença Terminal (DT) e Diagnóstico de Câncer Feminino (DC-F) não podem ser contratadas conjuntamente;

7.5. Para menores de 14 (quatorze) anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação das Coberturas que prevejam reembolso de despesas.

8 Riscos excluídos

Estão expressamente excluídos das coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de:

- a) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou Beneficiários do Estipulante e seus respectivos representantes;
- b) Radiações ionizantes ou contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, combustão de material nuclear, uso de material nuclear para quaisquer fins ou de armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;
- c) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, “lock-out”, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;
- d) Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo 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;
- e) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;
- f) Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura ou ainda nos dois primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- g) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h) Prática de esportes arriscados, exceto nos casos em que Segurado tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceitado o risco;
- i) Acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em crimes, delitos, apostas, rachas ou rixas, exceto em caso de legítima defesa;
- j) Acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor de veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto;
- k) Acidentes com viagem em veículo aéreo, terrestre ou hidroviário que não possua autorização em vigor das autoridades competentes para transitar, ou que, sendo veículos militares, não estejam prestando serviço militar, ou que estejam sendo conduzidos por pilotos não legalmente habilitados, ressalvados os casos de força maior;

- m) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- o) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- p) Epidemia ou pandemia declarada por órgão competente e envenenamento de caráter coletivo;
- q) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas, inundações e outras convulsões da natureza;
- r) Dano Moral.

9 Carências e franquias

9.1. Se for mencionada carência e/ou franquia nas Condições Especiais da cobertura contratada, o prazo da(s) mesma(s) constará na Proposta, na Apólice e no Certificado Individual;

9.2. O prazo de carência não poderá ser superior a 2 (dois) anos, nem poderá exceder à metade do prazo de Vigência da Cobertura Individual;

9.3. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de Vigência da Cobertura Individual ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;

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

10 Contratação e alteração do seguro

10.1. A contratação ou alteração deste seguro será feita mediante Proposta de Contratação, assinada pelo Estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e, quando aceita, ocasionará a emissão da Apólice ou Endosso;

10.2. A adesão à Apólice ou alteração da contratação individual será realizada mediante Proposta de Adesão, assinada pelo proponente/segurado, ou com a utilização de meios remotos, quando disponibilizada, devendo, na adesão, constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais;

10.3. Caso haja mais de um Proponente responsável pelo pagamento da Obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes, com indicação do respectivo percentual de responsabilidade sobre a Obrigação e, conseqüentemente sobre o Capital Segurado total, para fins de indenização. Se a indenização por sinistro de um dos Segurados não extinguir a Obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à Obrigação remanescente;

10.4. A Proposta de Contratação e as Propostas de Adesão deverão ser documentos próprios, distintos e apartados do instrumento de contratação da Obrigação a que o seguro está vinculado;

10.5. Quaisquer alterações de risco no contrato, ocorridas durante a Vigência do seguro, deverão ser comunicadas por escrito à Seguradora, de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no seguro, tais como mudança de profissão, mudança de residência do Segurado para outro país, prática usual e permanente de esportes tidos como radicais ou de perigos evidentes, bem como o uso habitual de substâncias alcoólicas, tóxicas ou entorpecentes;

10.6. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da Proposta de Contratação ou de Adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco;

10.7. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante esse prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação;

10.8. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta;

10.9. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa;

10.10. A aceitação da Proposta de Adesão será ratificada com a emissão e envio do Certificado Individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes e no mesmo deverá ser especificada a Obrigação à qual o seguro está vinculado;

10.11. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um Certificado Individual atrelado a uma mesma Obrigação de um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, em caso de sinistro, a Seguradora considerará como Certificado Individual válido aquele que tiver emissão mais antiga, cancelando e devolvendo os prêmios pagos das contratações posteriores;

10.12. Após a implantação do seguro, o Estipulante deverá encaminhar as movimentações (inclusão e exclusão de Segurados) à Seguradora, nos prazos e formatos definido no Contrato, com os respectivos dados individuais (nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do Capital Segurado e Prêmio), inclusive as alterações de capitais para análise de aceitação;

10.13. Para os Segurados admitidos no seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de acidente ou doença, deverá haver o recolhimento dos Prêmios normalmente à Seguradora, exceto nos casos previstos na cláusula 12. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO destas Condições Gerais;

10.14. Qualquer alteração nas Condições Contratuais ou nas taxas de seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da Apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

11 Vigência e renovação do seguro

11.1. A Apólice, os Certificados Individuais e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas;

11.2. O início de vigência da Apólice e dos Certificados Individuais cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, será a data de aceitação da proposta, ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes;

11.3. O início de vigência da Apólice e dos Certificados Individuais cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, será a data de recepção da proposta pela Seguradora;

11.4. O término de vigência de cada Certificado Individual corresponderá ao prazo da Obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término. Nos casos em que a Obrigação perdure por período indeterminado, o término de vigência deverá ser acordado entre as partes. Em ambos os casos, o prazo final de vigência do Certificado Individual não poderá ultrapassar o final de vigência da Apólice;

11.5. Caso o Credor e o Devedor repactuem o prazo original do contrat relativo à Obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, sendo que:

a) Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio correspondente ao período remanescente;

b) Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo previsto no item 10.6 destas Condições Gerais, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

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

11.7. A renovação automática da Apólice só poderá ocorrer uma única vez, exceto se o Estipulante ou a Seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice. Se o desinteresse for da Seguradora, os Segurados também deverão ser avisados da não renovação, quando aplicável. As renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa;

11.8. Caso haja, na renovação, qualquer alteração da Apólice que implique ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;

11.9. Para a Proposta de renovação, aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de contratação indicados na Cláusula 10 destas Condições Gerais;

11.10. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice, ou estabelecer novas condições para renovação do seguro;

12 Cessaçã o da cobertura e cancelamento do seguro

12.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago e observadas as demais disposições das Condições Contratuais, a cobertura de cada Segurado cessa:

- a) Quando a Obrigação for extinta, observado o disposto no item 11.6 destas Condições Gerais;
- b) Quando o Segurado solicitar sua exclusão do seguro;
- c) Por falta de pagamento do Prêmio, nos termos da cláusula 16 destas Condições Gerais;
- d) No final do prazo de vigência do Certificado Individual ou da Apólice, se não forem renovados.

12.2. **Este seguro poderá, ainda, ser cancelado:**

a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) do Grupo Segurado. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao prazo decorrido em relação ao prazo total de vigência, na base pro rata dia, devolvendo a diferença ao Estipulante, se houver. O prazo decorrido será o período entre a data do início de vigência do seguro e a data do pedido de rescisão;

b) Por desistência do proponente na contratação do seguro por meios remotos ou junto a Representante de Seguros no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da formalização da proposta, sendo que:

b.1) O Segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para a contratação, sem prejuízo de outros meios que possam ser disponibilizados pelo Estipulante ou pela Seguradora;

b.2) O Estipulante, a Seguradora, ou seu Representante de Seguros, fornecerá ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança;

b.3) Os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante os até 7 (sete) dias decorridos, serão devolvidos de imediato pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

c) Automaticamente, de acordo com as Condições Especiais das coberturas contratadas;

d) Quando houver indenização por Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação, Doenças Graves (DG), Doença Terminal (DT) ou Diagnóstico de Câncer Feminino (DC-F);

e) Pelo descumprimento das obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da cláusula 19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO destas Condições Gerais.

12.3. Durante a vigência do Seguro, a Apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos, observado o item 19.4 destas Condições Gerais.

13 Capital segurado individual

13.1. O Capital Segurado para cada Cobertura contratada pelo Segurado será estabelecido no Certificado Individual e na Apólice e representa a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento;

13.2. Neste plano de seguro, o Capital Segurado não varia ao longo da vigência do Certificado Individual, independentemente da evolução do valor da Obrigação;

13.3. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do Capital Segurado, por meio do envio de proposta de alteração, ficando a critério da Seguradora sua aceitação ou não de acordo com a Cláusula 10 destas Condições Gerais, procedendo, se aceita a proposta, à alteração do Prêmio, quando couber.

14 Beneficiários

14.1. O primeiro Beneficiário deste 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;

14.2. Respeitado o limite do Capital Segurado da cobertura sinistrada, o Saldo Devedor devido ao Credor, para fins de indenização, incluirá parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigação por parte do Segurado;

14.3. A diferença entre a parcela da indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio Segurado ou ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) designado(s) pelo mesmo;

14.4. O(s) segundo(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado;

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

14.6. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que recebida pela Seguradora antes da ocorrência do sinistro.

15 Cálculo do prêmio

15.1. O Prêmio total de cada Segurado será a soma dos prêmios das coberturas contratadas, acrescida dos Emolumentos. O Prêmio de cada cobertura será obtido através da multiplicação da taxa média da cobertura, constante na Apólice, proporcionalizada à Vigência da Cobertura Individual, pelo respectivo Capital Segurado;

15.2. A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato, das taxas médias utilizadas para o cálculo do Prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos, observado o item 10.14 destas Condições Gerais.

16 Pagamento do prêmio

16.1. A forma de custeio deste seguro constará na Apólice, podendo ser contributário, quando pago total ou parcialmente pelos Segurados, com recolhimento sob a responsabilidade do Estipulante, ou não contributário, quando pago integralmente pelo Estipulante;

16.2. Os prêmios devidos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante poderão ser pagos à vista, mensalmente ou fracionados em quantidade menor de parcelas mensais, mediante acordo entre as partes e conforme estabelecido na Apólice, até as datas de vencimento expressas nos documentos de cobrança, durante o período de vigência do seguro;

16.3. O recolhimento dos Prêmios devidos pelos Segurados será feito pelo Estipulante, ou por quem este designar para tanto, por meio de faturas, débito em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou outros documentos de arrecadação que o Estipulante emita contra o Segurado que tenha aderido ao presente seguro, observando-se que:

16.3.1. Iniciada a vigência, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se houver;

16.3.2. No caso de fracionamento do prêmio, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado proporcionalmente ao prêmio efetivamente pago, na base pro rata dia;

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

16.3.4. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do seguro;

16.3.5. Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou no caso de pagamentos mensais ou fracionamento em que a aplicação do cálculo proporcional do prêmio pago não resulte em prazo a decorrer de vigência da cobertura, o Certificado Individual de Seguro será automaticamente cancelado de pleno direito.

16.4. O Estipulante somente poderá interromper o recolhimento do prêmio mediante pedido formal do Segurado, no caso de cancelamento ou não renovação do seguro;

16.5. O Estipulante não poderá descontar ou receber e/ou pagar à Seguradora, prêmio relativo a proponentes impedidos de participar do seguro, de acordo com o Contrato e a Apólice;

16.6. Os prêmios recolhidos dos Segurados ou devidos diretamente pelo Estipulante serão pagos pelo mesmo à Seguradora, respeitando-se as disposições anteriores no que forem aplicáveis à Apólice e, ainda, as seguintes disposições:

16.6.1. Mensalmente, ou nos períodos indicados na Apólice, com base nos prêmios devidos, a Seguradora encaminhará documento de cobrança ao Estipulante, ou ao 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;

16.6.2. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário;

16.6.3. O não pagamento até a data convencionada resultará, além da atualização monetária pelo IPCA/IBGE, na cobrança de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, calculados com base no período compreendido entre o dia de vencimento e a data do pagamento;

16.6.4. O não pagamento em até 60 (sessenta) dias da data do vencimento de cada fatura, implicará no cancelamento da Apólice e das coberturas do seguro após esse prazo de tolerância, sem prejuízo da obrigação do pagamento dos prêmios vencidos, atualizados monetariamente e acrescidos juros, conforme item 16.6.3 acima;

16.6.5. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento da cobertura e, na ocorrência de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos Prêmios recolhidos junto aos Segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais;

16.6.6. A Seguradora é obrigada a informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que solicitado.

17 Providências em caso de sinistro e indenização

17.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado, seu Beneficiário ou seu representante deverá:

- a) Comunicar o sinistro à Seguradora ou ao seu Representante, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, tais como data, hora, local, causa;
- b) Além dos DOCUMENTOS BÁSICOS PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO descritos no item 17.2 abaixo, providenciar os DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO descritos nas Condições Especiais da cobertura contratada relacionada ao sinistro coberto, encaminhá-los à Seguradora ou ao seu Representante e prestar todas as informações e os esclarecimentos solicitados.

17.2. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO Além dos documentos descritos nas Condições Especiais da cobertura contratada relacionada ao sinistro coberto, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) à Seguradora dos documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de sinistro, disponibilizado pela Seguradora e devidamente preenchido em todos os seus campos e assinado;
- b) Autorização para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente, por beneficiário;

c) Documentos referentes à Obrigação:

c.1) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, da dívida ou compromisso assumido com o Credor, devidamente registrada, assinada e datada;

c.2) Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de Saldo Devedor até a data do evento, emitido pelo Credor;

c.3) Para os seguros remissivos, o Estipulante/Credor deverá encaminhar à Seguradora cópia dos documentos comprobatórios da Admissão e data de inclusão do Segurado e seus Dependentes no Seguro ou Plano de Saúde ou quadro associativo, bem como do pagamento dos prêmios devidos, além dos demais documentos que compõem o respectivo contrato.

d) Documentos do Segurado:

d.1) Cópia da Carteira de Identidade (RG) ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;

d.2) CPF;

d.3) Comprovante de residência.

e) Documentos do(s) Beneficiário(s)

e.1) Comprovante de endereço e CNPJ do Credor Beneficiário;

e.2) Se houver saldo de indenização, pagável ao segundo beneficiário que não seja o próprio Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência do cônjuge (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão) e da Certidão de Nascimento ou carteira de identidade dos filhos;
- Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
- Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
- Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

17.3. O pagamento de indenização com base neste seguro será efetuado após o Segurado ou o Beneficiário ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do mesmo;

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

17.5. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora;

17.6. Eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora. O ressarcimento de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente conforme cláusula 18 destas Condições Gerais;

17.7. A Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data do protocolo de entrega da documentação comprobatória citada nos itens 17.1 e 17.2 desta cláusula para o pagamento da indenização devida, facultando-se à mesma, dentro deste prazo, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outras informações ou documentos complementares. Nesse caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências;

17.8. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no item 17.7 implicará na aplicação de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, a partir do primeiro dia posterior ao término de tal prazo, sem prejuízo de sua atualização. Além de juros e atualização monetária sobre o valor da indenização, se comprovada a protelação injustificada do pagamento da indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, ou caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a Seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora no cumprimento das obrigações de pagamento do Segurado com o Credor relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação;

17.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, da seguinte forma:

- a) A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados;
- b) 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;
- c) O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

17.10. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única, salvo estipulação em contrário nas Condições Especiais de cada cobertura.

18 Atualização de valores e juros

18.1. Fica estabelecido para fins de atualização monetária dos valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE;

18.2. Na hipótese de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas;

18.3. Os Capitais Segurados e os respectivos Prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano de vigência, na data de aniversário da contratação individual, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual, para todos os Segurados do Grupo Segurado;

18.4. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de Capitais Segurados e Prêmios;

18.5. Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, os Capitais Segurados deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador;

18.6. Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:

a) No caso de cancelamento do seguro: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;

b) No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora: a partir da data do recebimento do prêmio.

18.7. Se o pagamento da indenização não for efetuado nos termos do item 17.7 destas Condições Gerais, o valor da mesma será atualizado monetariamente, a partir da data da ocorrência do evento, acrescido de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização;

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

19 Perda de direito à indenização

19.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco;

19.2. Nenhuma indenização será devida se houver, por parte do Segurado, do Estipulante, do Beneficiário ou de seus representantes, inobservância às Condições Contratuais deste seguro e ao que esteja previsto em lei;

19.3. Se o Segurado, seu representante ou o Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização além de estar o Segurado, nos seguros contributários, ou o Estipulante, nos seguros não contributários, obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

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

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

20 Obrigações do estipulante

20.1. Além do previsto em outras cláusulas e nas demais Condições Contratuais deste seguro, são obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer para a Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais dos proponentes, nos prazos acordados;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito das informações dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como qualquer evento que possa no futuro acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitada, qualquer informação relativa ao Contrato de Seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no documento de cobrança, quando este for de responsabilidade do Segurado, no caso de seguros contributários;
- e) Repassar os prêmios para a 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 o nome da Seguradora, responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- h) Comunicar de imediato à Seguradora tão logo tome conhecimento a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, 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 qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- l) Informar o nome da Seguradora, bem como o percentual de participação das congêneres no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Estipulante;
- m) Não incluir no Grupo Segurado pessoas que não possuam condição de ingresso na Apólice, sob pena de arcar com as consequências deste ato.

20.2. É expressamente vedado ao Estipulante, nos seguros contributários:

- 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, 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.

20.3. O Estipulante não poderá ceder a carteira para terceiros sem a prévia e expressa anuência da Seguradora. Caso a Seguradora concorde com a cessão, o Estipulante ficará coobrigado junto ao cessionário pela liquidação de cada contrato cedido e ocorrendo evento coberto por este seguro, a Seguradora continuará responsável pela liquidação dos respectivos capitais segurados, permanecendo o Estipulante como primeiro ou único beneficiário do seguro, de acordo com as Condições Contratuais.

21 Material de divulgação

A propaganda e a promoção deste seguro por parte do Estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e Especiais da Apólice e as normas do seguro.

22 Prescrição

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

23 Foro

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

Condições especiais da cobertura de morte (m)

1 Riscos cobertos

Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado, ocorrido durante a Vigência da Cobertura Individual, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro.

2 Riscos excluídos

Ratificam-se todas as exclusões constantes da cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

3 Capital segurado e pagamento da indenização

3.1. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data de falecimento do Segurado;

3.2. As indenizações por Morte e pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), se contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente será deduzida do Capital Segurado por Morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver;

3.3. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte Acidental;

3.4. Havendo indenização por Morte, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4 Carência

Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido na Apólice e no Certificado Individual.

5 Documentos complementares para liquidação de Sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Declaração médica, com firma reconhecida, indicando a causa mortis, e respectivos exames diagnósticos;
- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos em que o mesmo era o condutor do veículo;
- d) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando houver;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- f) Cópia do Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML), quando houver;
- h) Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, quando houver.

6 Disposições gerais

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência da Cobertura Individual, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 3. DEFINIÇÕES – Acidente Pessoal e na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Morte Acidental qualquer reclamação decorrente de hérnia, parto, aborto, choque anafilático, acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, congestão, epilepsia, vertigem, edema agudo, trombose, acidentes médicos e suas consequências, quando não forem diretamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto.

3 Capital segurado e pagamento da indenização

3.1. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente Pessoal que provocou a morte do Segurado;

3.2. As indenizações por Morte Acidental e pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), se contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente será deduzida do Capital Segurado por Morte Acidental e a Seguradora indenizará a diferença, se houver;

3.3. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte;

3.4. Havendo indenização por Morte Acidental, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4 Documentos complementares para liquidação de sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, **no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:**

- a) Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Declaração médica, com firma reconhecida, indicando a causa mortis, e respectivos exames diagnósticos;
- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos onde o mesmo era o condutor do veículo;
- d) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando houver;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- f) Cópia do Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML), quando houver;
- h) Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, quando houver.

1 Disposições gerais

5.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

5.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido pela perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos nestas Condições Especiais, em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência da Cobertura Individual, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação através de declaração médica de profissional habilitado e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação;

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total incurável;
- i) Nefrectomia bilateral.

1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente desta cobertura;

1.4. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas a comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, observados os itens 17.4, 17.5 e 17.9 das Condições Gerais deste seguro.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 3. DEFINIÇÕES – Acidente Pessoal e na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) qualquer tipo de acidente médico e suas consequências, tais como choque anafilático, acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia e trombose, quando não forem diretamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto.

3 Capital segurado e pagamento da indenização

3.1. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente Pessoal que provocou a invalidez permanente coberta;

3.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará a indenização de acordo com os eventos descritos como Invalidez Permanente Total no item 1.2 desta cobertura, que determinam indenização de 100% do Capital Segurado;

3.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos no item 1.2 desta cobertura, a indenização será única, ou seja, equivalente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado;

3.4. As indenizações por morte e por esta cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver;

3.5. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);

3.6. Havendo indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a indenização por IPTA serão devolvidos, atualizados monetariamente.

2 Documentos complementares para liquidação de sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório ou laudo médico original, preenchido e assinado pelo médico que prestou o atendimento, contendo as especificações técnicas, sequelas, grau definitivo e data da invalidez;
- b) Exames diagnósticos relacionados à invalidez coberta;
- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos onde o mesmo era o condutor do veículo;
- d) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando houver;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito, quando houver.

3 Disposições gerais

5.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

5.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), proporcional ao grau de invalidez conforme item 3. CAPITAL SEGURADO destas Condições Especiais, em caso da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do Segurado, em decorrência de lesão física sofrida pelo mesmo, provocada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência da Cobertura Individual, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente desta cobertura;

1.3. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas a comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, observados os itens 17.4, 17.5 e 17.9 das Condições Gerais deste seguro.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 3. DEFINIÇÕES – Acidente Pessoal e na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) qualquer tipo de acidente médico e suas consequências, tais como choque anafilático, acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia e trombose, quando não forem diretamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto.

3 Capital segurado e pagamento da indenização

3.1. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente Pessoal que provocou a invalidez permanente coberta;

3.2. As indenizações por morte e por esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, se contratadas, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.3. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);

A indenização para esta cobertura será calculada proporcionalmente ao Capital Segurado contratado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, desde que esteja definitivamente terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, observados os itens que seguem e demais Condições Contratuais.

**TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez permanente total	
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez permanente parcial (diversas)	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez permanente parcial de membros superiores	
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez permanente parcial de membros inferiores	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	20
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2 (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	

Encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	-

3.3.1. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% proporcional à indenização que seria devida pela perda prevista na referida tabela;

3.3.2. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão, podendo ser apurada por perícia médica especializada, na forma do item 17.9 das Condições Gerais deste seguro;

3.3.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total;

3.3.4. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitivo;

3.3.5. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;

3.4. No caso de invalidez parcial, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro;

3.5. Havendo indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a indenização por IPTA serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4 Documentos complementares para liquidação de sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, **no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:**

- a) Relatório ou laudo médico original, preenchido e assinado pelo médico que prestou o atendimento, contendo as especificações técnicas, sequelas, grau definitivo e data da invalidez;
- b) Exames diagnósticos relacionados à invalidez coberta;
- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos onde o mesmo era o condutor do veículo;
- d) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando houver;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- f) Cópia do Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML), quando houver.

5 Disposições gerais

5.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

5.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), como antecipação da cobertura de Morte (M), em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente exclusivamente de doença coberta que cause a perda da existência independente do mesmo, ocorrida durante a Vigência da Cobertura Individual, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados nos demais subitens desta cláusula;

1.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante;

1.4. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de cardiopatia grave;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

g.1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

g.2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

g.3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;

g.4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

i.1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

i.2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;

i.3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

1.5. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, constante no item 1.6 desta cláusula, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por duas tabelas:

a) A primeira é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que permite avaliar, através de 3 escalas (atributos), compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida;

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

1.6. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – (IAI)

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

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	<p>1º grau: o segurado mantém suas relações interpessoais com Capacidade de compreensão e comunicação; deambula Livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está Capacitado a dirigir veículos automotores; mantém Suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.</p>	00
	<p>2º grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência 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.</p>	10
	<p>3º grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.</p>	20

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

Atributos	Escalas	Pontos
Condições clínicas e estruturais do segurado	<p>1º grau: o segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar Suas tarefas normais.</p>	00
	<p>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.</p>	10
	<p>3º grau: o segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de Realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de Subsistência alimentar diárias.</p>	20

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

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontos
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC – Índice de Massa Corporal Superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras Ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo Mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital Decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em Atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou De suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

2 Riscos excluídos

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os seguintes eventos:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional;
- c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

2.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

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

3 Definições

Em complemento à cláusula 3. DEFINIÇÕES das Condições Gerais deste seguro, para efeito desta cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, serão adotadas, também, as seguintes definições:

Agravo Mórbido: piora de uma doença;

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil;

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

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração, assim classificada segundo os critérios do Consenso Nacional da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC);

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento e etc;

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca;

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;

Dados Antropométricos: peso e altura do Segurado;

Deambular: ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor;

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos;

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;

Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente;

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade;

Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

Estado Conexo: o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo;

Etiologia: causa de cada doença;

Fator de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

Hígido: saudável;

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído;

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar;

Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença;

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

4 Carência

Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido na Apólice e no Certificado Individual.

5 Capital segurado e pagamento da indenização

5.1. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, indicada no relatório do Médico-Assistente do Segurado, ou, na impossibilidade deste, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos a qualquer tempo;

5.2. O pagamento do Capital Segurado em função da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, será considerado como antecipação da Cobertura de Morte (M), razão pela qual seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a Cobertura de Morte (M), assim como este seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação serão devolvidos, atualizados monetariamente;

5.3. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

6 Documentos complementares para liquidação de sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório do Médico-Assistente detalhado com informações e registro médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data exata do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 1.4 a 1.6 destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- b) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante. A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

7 Disposições gerais

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente exclusivamente de doença coberta que cause a perda da existência independente do mesmo, ocorrida durante a Vigência da Cobertura Individual, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados nos demais subitens desta cláusula;

1.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante;

1.4. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de Cardiopatia Grave;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

g.1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

g.2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

g.3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;

g.4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

i.1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

i.2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;

i.3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

1.5. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, constante no item 1.6 desta cláusula, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. **O IAIF é composto por duas tabelas:**

a) A primeira é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que permite avaliar, através de 3 escalas (atributos), compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida;

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

a.2) Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas;

a.3) Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.

b) A segunda é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

1.6. Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – LAIF

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

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	<p>1º grau: o segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula Livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém Suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.</p>	00
	<p>2º grau: o segurado apresenta desorientação; necessita de assistência 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.</p>	10
	<p>3º grau: o segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.</p>	20

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	<p>1º grau: o segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.</p>	00
	<p>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.</p>	10
	<p>3º grau: o segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em Órgãos vitais, que se encontre em estágio que Demande suporte médico mantido (controlado), que Acarrete restrição ampla a esforços físicos e que Comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação De auxílio humano e ou técnico.</p>	20

Atributos	Escalas	Pontos
Conectividade do segurado com a vida	<p>1º grau: o segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir- se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-Se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de Asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir Suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	00
	<p>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).</p>	10
	<p>3º grau: o segurado necessita de auxílio às atividades de Higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas Relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de Realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de Subsistência alimentar diárias.</p>	20

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

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontos
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC – Índice de Massa Corporal Superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras Ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo Mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital Decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em Atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou De suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

2 Riscos excluídos

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os seguintes eventos:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional;
- c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

2.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

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

3 Definições

Em complemento à cláusula 3. DEFINIÇÕES das Condições Gerais deste seguro, para efeito desta cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, serão adotadas, também, as seguintes definições:

Agravo Mórbido: piora de uma doença;

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil;

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

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração, assim classificada segundo os critérios do Consenso Nacional da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC);

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento e etc;

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca;

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;

Dados Antropométricos: peso e altura do Segurado;

Deambular: ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor;

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos;

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;

Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente;

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade;

Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

Estado Conexo: o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo;

Etiologia: causa de cada doença;

Fator de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

Hígido: saudável;

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído;

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar;

Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença;

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

4 Carência

Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido na Apólice e no Certificado Individual.

5 Capital segurado e pagamento da indenização

5.1. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, indicada no relatório do Médico-Assistente do Segurado, ou, na impossibilidade deste, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos a qualquer tempo;

5.2. Havendo indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Autônoma, as seguintes providências serão tomadas:

- a) A respectiva cobertura será automaticamente cancelada e os prêmios referentes à mesma, eventualmente pagos após o pedido de indenização por IFPD, serão devolvidos, atualizados monetariamente;
- b) Restando saldo da dívida junto ao Credor, as demais coberturas eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Autônoma continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente;
- c) Caso a indenização por IFPD extinga o Saldo Devedor junto ao Credor, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice e os prêmios eventualmente pagos após a indenização serão devolvidos, atualizados monetariamente.

5.3. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

6 Documentos complementares para liquidação de sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório original do Médico-Assistente detalhado com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data exata do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 1.4 a 1.6 destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;

b) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante. A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

7 Disposições gerais

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente exclusivamente de doença coberta que cause a perda da existência independente do mesmo, ocorrida durante a Vigência da Cobertura Individual, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exclusivamente para a Atividade Laborativa Principal do Segurado;

1.3. Entende-se por Atividade Laborativa Principal aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, com base na declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano em que foi caracterizada a invalidez;

1.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado;

1.5. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante;

1.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia;

1.7. Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa. Esta proibição estende-se aos Segurados aposentados no início ou durante a vigência do seguro, sendo que os Segurados que se aposentarem durante a vigência, deverão comunicar este fato à Seguradora para a devida exclusão da cobertura e redução do prêmio.

2 Riscos excluídos

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD):

- a) A perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Doenças cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) Invalidez que limite parcialmente a capacidade laborativa do Segurado.

2.2. A Seguradora não reconhecerá como Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

3 Carência

Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido na Apólice e no Certificado Individual.

4 Capital segurado e pagamento da indenização

4.1. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data da caracterização da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, indicada no relatório do Médico-Assistente do Segurado.

4.2. Havendo indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), as seguintes providências serão tomadas:

- a) A respectiva cobertura será automaticamente cancelada e os prêmios referentes à mesma, eventualmente pagos após o pedido de indenização por ILPD, serão devolvidos, atualizados monetariamente;
- b) Restando saldo da dívida junto ao Credor, as demais coberturas eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente;
- c) Caso a indenização por ILPD extinga o Saldo Devedor junto ao Credor, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice e os prêmios eventualmente pagos após a indenização serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.3. Não restando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

5 Documentos complementares para liquidação sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, **no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:**

- a) Relatório do Médico-Assistente detalhado com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data exata do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em invalidez laborativa permanente total por doença, conforme definido na cláusula 1 destas Condições Especiais;
- b) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social ou Contrato de Trabalho e da Declaração de Imposto de Renda do ano-calendário imediatamente anterior ao diagnóstico de invalidez laborativa permanente total por doença.

6 Disposições gerais

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), em forma de renda mensal temporária, caso o Segurado venha a ficar desempregado involuntariamente, durante a Vigência da Cobertura Individual, após o período de Carência, observando-se a Franquia, os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro.

1.2. A demissão deve ser involuntária e sem justa causa.

1.3. Só poderá contratar esta cobertura o proponente, pessoa física, que, na data da contratação:

- a) Possua vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento e que não seja contrato temporário ou por tempo determinado;
- b) Não tenha tido sua demissão anunciada;
- c) Não esteja cumprindo aviso prévio.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de ou relacionados a:

- a) Obrigação assumida pelo Segurado após notificação de demissão ou durante o cumprimento de aviso prévio por rescisão de contrato de trabalho;
- b) Demissão durante período de experiência anotado na Carteira Profissional;
- c) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- d) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- e) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;

- f) Programas de Desligamento Voluntário (PDV), demissões incentivadas ou com gratificações, fusões, concordatas, falências, privatizações e/ou encerramento das atividades do empregador;
- g) Estágios e contratos de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado em geral;
- h) Desligamento por demissões em massa, quando empresas demitem mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- i) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, cargo público com estabilidade ou cargo público em comissão e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial;
- j) Militares que sejam exonerados de suas funções.

3 Carência

A carência poderá ser de no máximo 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual.

4 Franquia

4.1. A franquia poderá ser de no máximo 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual;

4.2. O Segurado somente terá direito a esta cobertura após permanecer desempregado por prazo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5 Capital segurado e pagamento da indenização

5.1. O Capital Segurado por mensalidade e a quantidade máxima de mensalidades cobertas para cada mês que o Segurado permanecer desempregado, constarão na Apólice e no Certificado Individual;

5.2. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data do desligamento do Segurado, constante no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e na Carteira Profissional;

5.3. As indenizações previstas por esta cobertura serão suspensas no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto;

5.4. Não haverá reintegração dos valores indenizados e a cobertura será cancelada quando a quantidade máxima de mensalidades cobertas for indenizada ou quando o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, o que ocorrer primeiro;

5.5. Restando saldo da dívida junto ao Credor, as demais coberturas eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Perda de Renda por Desemprego Involuntário continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

6 Documentos complementares para liquidação de sinistros

6.1. Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social: página da foto, página da qualificação civil, página do contrato - admissão e dispensa, e página posterior em branco;

b) Para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquia estabelecido na Apólice, ou seja, a data da autenticação deverá ser igual ou superior a data do desligamento somada a quantidade de dias da franquia;

c) Cópia autenticada do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

6.2. A periodicidade com que o Segurado deverá atualizar as informações e o envio de documentos para comprovar o estado de desemprego e continuidade do processo de indenização será determinada na Apólice ou no Contrato com o Estipulante.

7 Disposições gerais

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso Contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de renda mensal temporária, durante o período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, de exercer sua profissão ou ocupação, em consequência de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência da Cobertura Individual, observando-se a Franquia, os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. Só poderão contratar esta cobertura as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos, sujeitos ao afastamento de suas atividades remuneradas por Acidente Pessoal coberto, e que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 6 destas Condições Especiais, desde que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro;

1.3. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à incapacidade temporária, observados os itens 17.4, 17.5 e 17.9 das Condições Gerais deste seguro.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 3. DEFINIÇÕES – Acidente Pessoal e na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os eventos consequentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Qualquer tipo de acidente médico e suas consequências, tais como choque anafilático, acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia e trombose, quando não forem diretamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto;
- b) Acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico ou hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a incapacidade seja decorrente de agravamento, sequela, reaparecimento, complicações crônicas ou degenerativas de sintomas anteriores, ou ainda, deles consequentes.

3 Carência

3.1. A franquia poderá ser de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual;

3.2. O Segurado somente terá direito a esta cobertura após permanecer incapacitado por prazo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

4 Capital segurado e pagamento da indenização

4.1. O Capital Segurado por mensalidade e a quantidade máxima de mensalidades cobertas por evento, constarão na Apólice e no Certificado Individual;

4.2. Para efeito desta cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente Pessoal que provocou a incapacidade física temporária coberta;

4.3. Comprovada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento mensal da renda contratada, durante o período em que o Segurado estiver incapacitado, com base em relatório médico atualizado, a contar do primeiro dia após a franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de rendas contratado, o que ocorrer primeiro. A critério da Seguradora, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente de maneira antecipada, pelo período de incapacidade definido no relatório médico e observados os limites cobertos;

4.4. Pelo mesmo evento, o número de mensalidades indenizadas não pode superar a quantidade contratada;

4.5. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente coberto, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses;

4.6. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior;

4.7. Restando saldo da dívida junto ao Credor, a reintegração do Capital Segurado para esta cobertura será automática após a ocorrência do sinistro coberto, permanecendo vigentes todas as coberturas contratadas. No caso de extinção da Obrigação, o Segurado será excluído da Apólice.

4.8. Em caso de morte ou invalidez permanente total do Segurado, esta cobertura será imediatamente extinta, não sendo devido qualquer pagamento referente a renda por incapacidade temporária a partir da data do óbito ou da data da invalidez permanente total atestada pelo Médico-Assistente.

5 Documentos complementares para liquidação de Sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar o seguinte documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório original do Médico-Assistente que prestou atendimento ao Segurado, detalhando o diagnóstico e o tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade;
- b) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, que comprovem a incapacidade física temporária;
- c) Relatório do Médico-Assistente e exames atualizados, sempre que necessário, até a alta médica;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos onde o mesmo era o condutor de veículo envolvido em acidente coberto;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando houver;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- g) Documento que comprove a atividade de profissional liberal ou autônomo, tais como:
 - g.1) Declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano do evento coberto;
 - g.2) Recibo de pagamento autônomo;
 - g.3) Carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - g.4) Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS ou inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

6 Disposições gerais

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de renda mensal temporária, durante o período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, de exercer sua profissão ou ocupação, em consequência de Acidente Pessoal ou Doença coberta, ocorridos durante a Vigência da Cobertura Individual, após o período de Carência, observando-se a Franquia, os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. Só poderão contratar esta cobertura as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos, sujeitos ao afastamento de suas atividades remuneradas por Acidente Pessoal ou Doença coberta, e que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 6 destas Condições Especiais, desde que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro;

1.3. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à incapacidade temporária, observados os itens 17.4, 17.5 e 17.9 das Condições Gerais deste seguro.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os eventos consequentes, direta ou indiretamente, de:

a) Doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico ou hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a incapacidade seja decorrente de agravamento, seqüela, reaparecimento, complicações crônicas ou degenerativas de sintomas anteriores, ou ainda, deles consequentes;

b) Hospitalização para a realização de exames de qualquer natureza, investigação diagnóstica ou para fins de avaliação do estado de saúde (check-ups);

c) Tratamentos e cirurgias para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

d) Tratamento para rejuvenescimento ou obesidade nas suas várias modalidades;

e) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e tratamento e recuperação de viciados em drogas ou álcool;

f) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

g) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto, exceto se diretamente decorrente de Acidente Pessoal coberto.

3 Carência

A carência para eventos decorrentes de doença coberta poderá ser de no máximo 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual.

4 Franquia

4.1. A franquia poderá ser de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual;

4.2. O Segurado somente terá direito a esta cobertura após permanecer incapacitado por prazo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5 Capital segurado e pagamento da indenização

5.1. O Capital Segurado por mensalidade e a quantidade máxima de mensalidades cobertas por evento, constarão na Apólice e no Certificado Individual;

5.2. Para efeito desta cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da incapacidade física temporária coberta.

5.3. Comprovada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento mensal da renda contratada, durante o período em que o Segurado estiver incapacitado, com base em relatório médico atualizado, a contar do primeiro dia após a franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de rendas contratado, o que ocorrer primeiro. A critério da Seguradora, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente de maneira antecipada, pelo período de incapacidade definido no relatório médico e observados os limites cobertos;

5.4. Pelo mesmo evento, o número de mensalidades indenizadas não pode superar a quantidade contratada;

5.5. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses;

5.6. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior;

5.7. Restando saldo da dívida junto ao Credor, a reintegração do Capital Segurado para esta cobertura será automática após a ocorrência do sinistro coberto, permanecendo vigentes todas as coberturas contratadas. No caso de extinção da Obrigação, o Segurado será excluído da Apólice;

5.8. Em caso de morte ou invalidez permanente total do Segurado, esta cobertura será imediatamente extinta, não sendo devido qualquer pagamento referente a renda por incapacidade temporária a partir da data do óbito ou da data da invalidez permanente total atestada pelo Médico-Assistente.

6 Documentos complementares para liquidação de sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório original do Médico-Assistente que prestou atendimento ao Segurado, detalhando o diagnóstico e o tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade;
- b) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, que comprovem a incapacidade física temporária;

- c) Relatório do Médico-Assistente e exames atualizados, sempre que necessário, até a alta médica;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos onde o mesmo era o condutor de veículo envolvido em acidente coberto;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando houver;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- g) Documento que comprove a atividade e profissional liberal ou autônomo, tais como:
 - g.1) Declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano do evento coberto;
 - g.2) Recibo de pagamento autônomo;
 - g.3) Carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - g.4) Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS ou inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

7 Disposições gerais

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de diárias por incapacidade física temporária do Segurado, durante o período em que o mesmo se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, de exercer sua profissão ou ocupação, em consequência de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência da Cobertura Individual, observando-se o período de Franquia, os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à incapacidade temporária, observados os itens 17.4, 17.5 e 17.9 das Condições Gerais deste seguro.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 3. DEFINIÇÕES – Acidente Pessoal e na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os eventos consequentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Qualquer tipo de acidente médico e suas consequências, tais como choque anafilático, acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia e trombose, quando não forem diretamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto;
- b) Acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico ou hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a incapacidade seja decorrente de agravamento, seqüela, reaparecimento, complicações crônicas ou degenerativas de sintomas anteriores, ou ainda, deles consequentes.

3 Franquias

3.1. A franquia poderá ser de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual;

3.2. O Segurado somente terá direito a esta cobertura após permanecer incapacitado por prazo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

4 Capital segurado e pagamento da indenização

4.1. O Capital Segurado por diária e a quantidade máxima de diárias cobertas por evento serão estabelecidos na Apólice e no Certificado Individual. A contratação de diárias cobertas não poderá ser superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) por evento;

4.2. Para efeito desta cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data do Acidente Pessoal que provocou a incapacidade física temporária coberta;

4.3. Comprovada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado após a alta médica, caso fique incapacitado por menos de 30 (trinta) dias. Se a incapacidade for por tempo maior, o pagamento será mensal, com base em relatório médico atualizado. As diárias serão indenizadas a contar do primeiro dia após a franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias contratado, o que ocorrer primeiro. A critério da Seguradora, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente de maneira antecipada, pelo período de incapacidade definido no relatório médico e observados os limites cobertos;

4.4. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada;

4.5. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente coberto, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses;

4.6. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior;

4.7. Restando saldo da dívida junto ao Credor, a reintegração do Capital Segurado para esta cobertura será automática após a ocorrência do sinistro coberto, permanecendo vigentes todas as coberturas contratadas. No caso de extinção da Obrigação, o Segurado será excluído da Apólice;

4.8. Em caso de morte ou invalidez permanente total do Segurado, esta cobertura será imediatamente extinta, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito ou da data da invalidez permanente total atestada pelo Médico-Assistente.

5 Documentos complementares para liquidação de Sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, **no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:**

- a) Relatório original do Médico-Assistente que prestou atendimento ao Segurado, detalhando o diagnóstico e o tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade;
- b) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, que comprovem a incapacidade física temporária;
- c) Relatório do Médico-Assistente e exames atualizados, sempre que necessário, até a alta médica;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos em que o mesmo era o condutor de veículo envolvido em acidente coberto;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando houver;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver.

6 Disposições gerais

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de diárias por incapacidade física temporária do Segurado, durante o período em que o mesmo se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, de exercer sua profissão ou ocupação, em consequência de Acidente Pessoal ou Doença coberta, ocorridos durante a Vigência da Cobertura Individual, após o período de Carência, observando-se a Franquia, os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à incapacidade temporária, observados os itens 17.4, 17.5 e 17.9 das Condições Gerais deste seguro.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Diárias por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os eventos consequentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico ou hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a incapacidade seja decorrente de agravamento, seqüela, reaparecimento, complicações crônicas ou degenerativas de sintomas anteriores, ou ainda, deles consequentes;
- b) Hospitalização para a realização de exames de rotina;
- c) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- d) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- e) Distúrbios ou doenças psiquiátricas;
- f) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- g) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- h) Entesopatia;
- i) Entorses, distensões, contusões;
- j) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- k) Fraturas patológicas;
- l) Lesões intra-articulares de joelho;
- m) Lesões que não exijam atendimento médico;
- n) Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- o) Síndromes compressivas nervosas;
- p) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- q) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto, exceto se diretamente decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- r) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- s) Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

3 Carência

A carência para eventos decorrentes de doença coberta poderá ser de no máximo 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual.

4 Franquia

4.1. A franquia poderá ser de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual.

4.2. O Segurado somente terá direito a esta cobertura após permanecer incapacitado por prazo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5 Capital segurado e pagamento da indenização

5.1. O Capital Segurado por diária e a quantidade máxima de diárias cobertas por evento, constarão na Apólice e no Certificado Individual. A contratação de diárias cobertas não poderá ser superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) por evento;

5.2. Para efeito desta cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da incapacidade física temporária coberta;

5.3. Comprovada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado após a alta médica, caso fique incapacitado por menos de 30 (trinta) dias. Se a incapacidade for por tempo maior, o pagamento será mensal, com base em relatório médico atualizado. As diárias serão indenizadas a contar do primeiro dia após a franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias contratado, o que ocorrer primeiro. A critério da Seguradora, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente de maneira antecipada, pelo período de incapacidade definido no relatório médico e observados os limites cobertos;

5.4. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada;

5.5. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses;

5.6. Restando saldo da dívida junto ao Credor, a reintegração do Capital Segurado para esta cobertura será automática após a ocorrência do sinistro coberto, permanecendo vigentes todas as coberturas contratadas. No caso de extinção da Obrigação, o Segurado será excluído da Apólice;

5.7. Em caso de morte ou invalidez permanente total do Segurado, esta cobertura será imediatamente extinta, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito ou da data da invalidez permanente total atestada pelo Médico-Assistente.

6 Documentos complementares para liquidação de sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório original do Médico-Assistente que prestou atendimento ao Segurado, detalhando o diagnóstico e o tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade;
- b) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, que comprovem a incapacidade física temporária;
- c) Relatório do Médico-Assistente e exames atualizados, sempre que necessário, até a alta médica;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos em que o mesmo era o condutor de veículo envolvido em acidente coberto;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, quando houver;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver.

7 Disposições gerais

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de diárias de valor fixo por internação hospitalar do Segurado, em consequência de Acidente Pessoal ou doença coberta, ocorridos durante a Vigência da Cobertura Individual, após o período de Carência, observando-se a Franquia, os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. Para fins desta cobertura, entende-se como: Internação Hospitalar: é a permanência em hospital em regime de internação, por determinação de médico habilitado e período superior a 24(vinte e quatro) horas, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos não eletivos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório. Hospital: Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado e instalado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação;

1.3. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença os eventos consequentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico ou hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a incapacidade seja decorrente de agravamento, sequela, reaparecimento, complicações crônicas ou degenerativas de sintomas anteriores, ou ainda, deles consequentes;
- b) Hospitalização para a realização de exames de qualquer natureza, investigação diagnóstica ou para fins de avaliação do estado de saúde (check-ups);
- c) Tratamentos e cirurgias para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- d) Internação Hospitalar por motivo de senilidade, geriatria, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou obesidade nas suas várias modalidades;

- e) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e tratamento e recuperação de viciados em drogas ou álcool;
- f) Diálises e hemodiálises;
- g) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto, exceto se diretamente decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- h) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico;
- i) Internações domiciliares (Home Care).

3 Carência

A carência para hospitalizações decorrentes de doença coberta poderá ser de no máximo 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual.

4 Franquia

4.1. A franquia será de no mínimo 24 (vinte e quatro horas) e de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual;

4.2. O Segurado somente terá direito a esta cobertura após permanecer hospitalizado por prazo superior à franquia estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5 Capital segurado e pagamento da indenização

5.1. O Capital Segurado por diária e a quantidade máxima de diárias cobertas para o período em que o Segurado permanecer hospitalizado, constarão na Apólice e no Certificado Individual. A contratação de diárias cobertas não poderá ser superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) por evento;

5.2. Para efeito desta cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data da internação hospitalar do Segurado.

- 5.3. Mediante acordo entre as partes e relatório médico atualizado, caso o Segurado fique internado por mais de 30 (trinta) dias, a Seguradora poderá fazer pagamentos mensais das diárias contratadas, descontado o período de franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias contratado, o que ocorrer primeiro;
- 5.4. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada;
- 5.5. Caso o Segurado tenha que ser hospitalizado novamente em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de internação serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses;
- 5.6. Restando saldo da dívida junto ao Credor, a reintegração do Capital Segurado para esta cobertura será automática após a ocorrência do sinistro coberto, permanecendo vigentes todas as coberturas contratadas. No caso de extinção da Obrigação, o Segurado será excluído da Apólice;
- 5.7. Em caso de morte do Segurado, esta cobertura será automaticamente extinta.

5 Documentos complementares para liquidação de sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório original do Médico-Assistente que prestou atendimento ao Segurado, detalhando o diagnóstico e o tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de internação hospitalar;
- b) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, que comprovem a necessidade de internação hospitalar;
- c) Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica ou cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do Segurado, somente para os casos em que o mesmo era o condutor de veículo envolvido em acidente coberto;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou toxicológico, quando houver;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver.

7 Disposições gerais

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado caso o Segurado seja diagnosticado com alguma das doenças especificadas nestas Condições Especiais durante a Vigência da Cobertura Individual, após o período de Carência, e somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência (diagnóstico ou procedimento) do evento coberto, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças e os procedimentos médicos abaixo relacionados e caracterizados, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3. DOENÇAS GRAVES COBERTAS, DEFINIÇÕES E EXCLUSÕES ESPECÍFICAS:

1.3.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC) Obstrução aguda da circulação sanguínea cerebrovascular causada por obstrução do fluxo sanguíneo ou hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracerebral ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente. O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética ou exame de líquido, bem como atestado por laudo médico. Estão expressamente excluídos da cobertura de Acidente Vascular Cerebral os seguintes eventos:

- a) Ataques isquêmicos transitórios;
- b) Qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
- c) Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- d) Hemorragia cerebral causada por acidente;
- e) Hemorragia cerebral causada por tumores;
- f) Hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
- g) Obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- h) Sintomas neurológicos causado por enxaquecas.

1.3.2. Câncer (exceto de pele e os não invasivos) Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores ou neoplasias malignas em atividade, necessitando de laudos de exame Anátomo-Patológico para sua classificação definitiva. Estão expressamente excluídos da cobertura de Câncer os seguintes eventos:

- a) Carcinomas não invasivos “in situ” (incluindo displasia cervical) e outras lesões pré-neoplásicas;
- b) Carcinoma baso-celular e hiperqueratoses;
- c) Carcinoma de células escamosas de pele, exceto quando se tratar de disseminação em outros órgãos;
- d) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
- e) Qualquer tipo de Câncer de pele que não seja melanoma maligno invasivo de menos de 1,2 mm de espessura determinado por exame e menos de Clark level 3;
- f) Leucemia linfática crônica;
- g) Câncer de próstata que através de exame histológico, pertença a etapa T1 (incluindo T1A e T1B do sistema TNM) ou de qualquer outra classificação menor.

1.3.3. Cirurgia Coronariana Tipo “Bypass” Cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosadas ou ocluídas, com implante de ponte(s) vascular(es) (“Bypass”) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista. Estão expressamente excluídos da cobertura de Cirurgia Coronariana tipo “bypass” os seguintes eventos:

- a) Angioplastia;
- b) Outros procedimentos intra-arteriais;
- c) Cirurgia tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos);
- d) Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

1.3.4. Infarto Agudo do Miocárdio: É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e exames de eletrocardiograma e laboratoriais (enzimas específicas). O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- i. História de dores torácicas típicas;
- ii. Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);
- iii. Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB);
- iv. Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB. Estão expressamente excluídos da cobertura de Infarto os seguintes eventos:
 - a) Os infartos do miocárdio antigos demonstrados através do Eletrocardiograma (ECG);
 - b) Qualquer angina do peito, incluindo, mas não se limitando, a angina estável e instável e angina decúbito;
 - c) Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG, com elevação da troponina “I” ou “T”;
 - d) Outras síndromes coronarianas agudas.

1.3.5. Insuficiência Renal Terminal: Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados;

1.3.6. Transplante Total de Órgãos: Necessidade médica do Segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea;

Estão expressamente excluídos da cobertura de Transplante Total de Órgãos os seguintes eventos:

- a) Transplantes dos demais órgãos não listados nestas Condições Especiais;
- b) Transplante de tecido;
- c) Transplante de células tronco;

- d) Transplante de células-beta do pâncreas;
- e) Autotransplante;
- f) Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões específicas de cada doença constantes no item 1.4 destas Condições Especiais, ratificam-se as exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

3 Carência

A Carência máxima para as doenças cobertas será de 90 (noventa) dias conforme especificado na Apólice e no Certificado Individual.

4 Capital segurado e pagamento da indenização

4.1. Para efeito desta cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da caracterização da Doença Grave, indicada na declaração do Médico-Assistente do Segurado;

4.2. Esta cobertura só será devida caso o diagnóstico da Doença Grave coberta tenha sido emitido pela primeira vez após a data de início da Vigência da Cobertura Individual ou o procedimento cirúrgico realizado durante a Vigência da Cobertura Individual, desde que cumprido o período de Carência, e o Segurado sobreviva 30 (trinta) dias após o diagnóstico ou realização do procedimento cirúrgico coberto;

4.3. O Capital Segurado contratado será devido uma única vez, para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a Vigência da Cobertura Individual, não havendo, em hipótese alguma, indenização para mais de uma doença, mesmo que não haja correlação entre elas;

4.4. Havendo indenização por Doença Grave, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

5 Documentos complementares para liquidação de Sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório ou laudo médico original, com o diagnóstico da doença coberta, preenchido e assinado pelo médico especialista habilitado que prestou o atendimento;
- b) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença coberta;
- c) No caso de Infarto Agudo do Miocárdio, deverão ser apresentados exames comprovando histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas e outros exames complementares aplicáveis ao caso.

6 Disposições gerais

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

1 Riscos cobertos

1.1. Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado caso a Segurada tenha um primeiro diagnóstico positivo de câncer de mama ou útero, durante a Vigência da Cobertura Individual, após o período de Carência, e que esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro;

1.2. Para fins desta cobertura, consideram-se como diagnósticos cobertos:

a) Câncer de Mama Feminino:

Lesão neoplásica / tumor maligno, caracterizados pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos que afetam a(s) mama(s) feminina(s) em toda a sua extensão regional ou que dela decorram afetando outras regiões do organismo (metástases), em qualquer estágio evolutivo, desde que sejam certificadas e comprovadas como malignas, através de métodos complementares de diagnóstico de certeza e exame histológico conclusivo;

b) Câncer de Útero:

Presença de um tumor maligno no colo do útero e corpo uterino caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

2 Riscos excluídos

Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Câncer Feminino os eventos consequentes, direta ou indiretamente, de:

- a) Doenças e manifestações clínicas de qualquer espécie afetando a mama masculina;
- b) Doença de qualquer espécie que afete a(s) mama(s) supranumerária(s);
- c) Quaisquer outras doenças da mama não incluídas no conceito de Câncer de Mama Feminino, inclusive as lesões pré-malignas, em qualquer estágio de evolução;
- d) Quaisquer manifestações clínicas, benignas ou malignas, manifestas sobre e/ou na mama feminina que não as incluídas como dependentes e relacionadas à doença descrita sob o conceito de Câncer de Mama Feminino;

f) Doenças, mesmo que incluídas no conceito de Câncer de Mama Feminino, que se manifestem como consequência de complicações, degenerações ou sequelas ocorridas em mulheres expostas à tratamentos cirúrgicos com fins estéticos, redutores ou mesmo reconstrutores, mesmo que prescritos e/ou realizados por médicos, em qualquer tempo, na mama feminina;

g) Uso intencional ou não de drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos ou de substâncias tóxicas comprovadamente reconhecidas como cancerígenas, mesmo que sob prescrição médica.

3 Carência

Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido na Apólice e no Certificado Individual.

4 Capital segurado e pagamento da indenização

4.1. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros, será considerada como data do evento, a data do primeiro diagnóstico da doença devidamente comprovada, indicada na declaração do Médico-Assistente do Segurado;

4.2. O Capital Segurado contratado será devido uma única vez, em função de neoplasia maligna de mama ou útero manifestada e diagnosticada durante a Vigência da Cobertura Individual, independentemente do número de lesões diagnosticadas e de partes ou órgãos atingidos;

4.3. Havendo indenização por Diagnóstico de Câncer Feminino, a Segurada será automaticamente excluída da Apólice.

5 Documentos complementares para liquidação de sinistros

Em complemento à cláusula 17. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO E INDENIZAÇÃO, além dos documentos descritos no item 17.2 da mesma, o(s) Beneficiário(s) deverão apresentar os seguinte documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Relatórios médicos originais que datem da época do diagnóstico, preenchidos e assinados pelos médicos especialistas habilitados que prestaram o atendimento;

b) Relatório médico original descrevendo o tipo de neoplasia, estadiamento e características do estágio evolutivo atual da doença neoplásica;

- c) Resultados de exames de imagem realizados e laudos complementares (ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e/ou outros exames assemelhados);
- d) Resultados de exames anatomopatológicos e de estudos histopatológicos.

6 Disposições gerais

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais;

6.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não foram alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

Pela presente Cláusula fica entendido e concordado que serão distribuídos os Excedentes Técnicos da Apólice, desde que tenham sido pagas todas as faturas do período de apuração, conforme as seguintes condições:

1. Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos no item 6 desta Cláusula;
2. O percentual de distribuição do Excedente Técnico, será estabelecido no Contrato;
3. O termo IBNR abordado nas alíneas c) do item 6.1 e f) do item 6.2 se refere à provisão técnica obrigatória para as Seguradoras, de forma a garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados;
4. O Excedente Técnico será apurado a cada período de vigência previsto no Contrato;
5. A apuração e distribuição será realizada até 60 (sessenta) dias após o pagamento da última fatura correspondente ao término do período indicado no item anterior;

6. CRITÉRIOS DA APURAÇÃO;

6.1. Consideram-se como RECEITAS:

- a) Prêmios líquidos emitidos e efetivamente pagos, correspondentes à vigência decorrida durante o período de apuração do resultado;
- b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) IBNR considerado na apuração anterior.

6.2. Consideram-se como DESPESAS:

- a) As comissões de corretagem, comissões de administração/pró-labore e agenciamentos pagos durante o período;
- b) O valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, inclusive despesas de sinistro, advocacias e médicas de regulação, avisados ou pagos até a data de apuração do excedente e ainda não considerados em períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- c) Saldos negativos de excedente técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados;

d) Impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração;

e) Despesas de administração da Seguradora, conforme indicado no Contrato;

f) Percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à Seguradora, conforme indicado no Contrato;

g) Outras despesas que sejam previamente acordadas;

6.3. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA-IBGE, a partir:

a) Do respectivo pagamento para prêmios e comissões;

b) Do aviso à Seguradora para os sinistros;

c) Da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;

d) Do efetivo pagamento, para outras despesas;

6.4. O resultado apurado de Excedente Técnico será atualizado monetariamente pelo IPCA-IBGE, desde o término do período de apuração até sua distribuição.

7. CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

Para a distribuição do Excedente Técnico serão observadas as seguintes condições:

7.1. Nos seguros não contributários a devolução caberá integralmente ao Estipulante;

7.2. Nos seguros contributários, a distribuição será destinada ao Segurado, integralmente ou parcialmente proporcional à sua contribuição no prêmio do seguro;

7.3. Em substituição aos itens 7.1 e 7.2 o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação de faturas subsequentes, quando a Apólice for renovada e mediante expressa solicitação.

