# CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

## BILHETE – INDIVIDUAL

# SEGURO PRESTAMISTA

***GENERALI BRASIL SEGUROS S/A***

ABRIL/16

## Sumário


| Cláusulas | | Páginas |
|---|---|---|
| Condições Gerais | | |
| 1. | Objetivo do Seguro | 4 |
| 2. | Definições | 4 – 14 |
| 3. | Coberturas | 14 – 15 |
| 4. | Riscos excluídos | 15 – 18 |
| 5. | Âmbito geográfico das coberturas | 18 |
| 6. | Condições de contratação do seguro | 18 – 19 |
| 7. | Prova do seguro | 19 |
| 8. | Vigência e renovação do seguro | 19 |
| 9. | Franquia e carência | 19 - 20 |
| 10. | Capital segurado individual | 20 – 21 |
| 11. | Atualização monetária do capital segurado individual | 21 |
| 12. | Custeio do seguro | 21 – 22 |
| 13. | Critério da taxa e do prêmio | 22 |
| 14. | Pagamento do prêmio | 22 – 23 |
| 15. | Ocorrência de sinistros | 23 – 27 |
| 16. | Relação de documentos para liquidação de sinistro | 27 – 29 |
| 17. | Junta médica | 29 |
| 18. | Designação e alteração de beneficiário (s) | 30 |
| 19. | Perda de direito à indenização | 30 – 32 |
| 20. | Cancelamento do bilhete de seguro | 32 – 33 |
| 21. | Informação de bilhetes de seguro | 33 – 34 |
| 22. | Prescrição | 34 |
| 23. | Disposições Gerais | 34 – 35 |
| 24. | Foro contratual | 35 |
| Coberturas Básicas - Condições Especiais | | |
| | Cobertura de Morte | 36 – 38 |
| | Cobertura de Morte Acidental | 39 – 42 |
| | Cobetura de Invalidez permanente Total por Acidente | 43 – 47 |
| | Cobertura de Invalidez Permamente Total ou Parcial por Acidente | 48 - 55 |
| | Cobertura de Invalidez Permanente Funcional e Total por Doença | 56 - 65 |
| | Cobertura de Invalidez Permanente Laborativa e Total por Doença | 66 - 69 |
| | Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário | 70 – 74 |
| | Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente | 75 – 80 |
| | Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença | 81 - 86 |

| Coberturas Adicionais - Condições Especiais | Páginas |
|---|---|
| Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença | 87 - 91 |
| Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença | 92 - 99 |
| Doenças Graves | 100 - 108 |
| Doença Terminal | 109 - 111 |
| Diagnóstico de Câncer Feminino | 112 - 115 |
| Doença Congênita de Filho | 116 - 119 |
| Auxílio Funeral | 120 - 121 |
| Auxílio Alimentação | 122- 125 |
| Modelo de Bilhete | 126 - 160 |

# CONDIÇÕES GERAIS – PLANO BILHETE

# PRESTAMISTA

A ***GENERALI BRASIL SEGUROS S/A*** institui o Seguro de Pessoas - Plano BILHETE – Prestamista ou Remissivo, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

## 1. OBJETIVO DO SEGURO

**1.1.** O presente Seguro tem por objetivo o de garantir o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar, total ou parcialmente, a dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, caso o Segurado venha sofrer um dos eventos cobertos previstos no Bilhete, **exceto de riscos excluídos, observadas as condições do seguro prestamista.**

**1.2.** Entende-se como Instituição, como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

**1.3.** Entende-se como remissivo quando o seguro, em suas condições contratuais estabelecer que será paga uma indenização ao Credor, o capital segurado será estabelecido como um múltiplo do valor correspondente ao compromisso assumido. O Credor manterá a vigência do contrato particular do Segurado e/ou de seus dependentes garantidos, por tempo determinado, sem custo ou ônus adicional.

## 2. DEFINIÇÕES

**Aceitação do Risco:** ato de aprovação pela SEGURADORA do Bilhete de seguro, para cobertura de seguro de determinado (s) risco (s), após análise.

**Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou

parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, incluindo-se nesse conceito:

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

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

c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

**Excluem-se desse conceito:**

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

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

**c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas**

**consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**

**d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

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

**Agravo Mórbido**: evolução com 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, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.

**Aparelho Locomotor**: conjunto de estruturas neuro músculo esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

**Atividade Laborativa**: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

**Atividade Profissional:** ocupação profissional declarada pelo Proponente, reconhecida legalmente, da qual ele aufere seu rendimento e provém seu sustento.

**Ato Doloso:** ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem**.**

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

**Ato Médico**: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

**Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à SEGURADORA assim que dele tenha conhecimento. É o documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao Credor, Segurado ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro**.**

**Beneficiário(s):** o primeiro Beneficiário será a próprio Credor pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado. A diferença que ultrapassar o saldo da dívida será paga ao(s) segundo(s) Beneficiário(s), sendo que estes 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(s) pessoa(s) designada(s) pelo Segurado Titular para receber o valor do Capital Segurado na ocorrência da sua morte**.**

**Bilhete de Seguro**: é o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

**Boa-fé:** conduta honesta em que devem se pautar o Segurado e a SEGURADORA, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei**.**

**Cancelamento:** dissolução antecipada do Bilhete de seguro**.**

**Capital Segurado:** importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga aos beneficiários pela SEGURADORA em caso de ocorrência

de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado e informado no Bilhete de Seguro**.**

**Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

**Cardiopatia Grave**: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

**Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento 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.

**Coberturas:** diversas garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela SEGURADORA, definidas nas Condições Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente do Bilhete de Seguro**.**

**Condições Contratuais:** representam as Condições Gerais e Condições Especiais de um mesmo seguro, incluidas no Bilhete de seguro.

**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 das cláusulas do Bilhete de Seguro que tem aplicação geral a todos os seguros de determinado ramo ou modalidade de seguro ou coberturas e estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

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

**Contrato de Seguro:** instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a SEGURADORA, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixa os direitos e obrigações da SEGURADORA, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

**Corretor de Seguros:** pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou pelo seu representante legal junto à SEGURADORA.

**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:** danos extrapatrimoniais causados à pessoa, consequentes de acidentes ou sinistros, que ofendam a personalidade, a honra, a moral, as crenças, o afeto, a etnia, a nacionalidade, a naturalidade, a liberdade, a profissão, o bem estar, a psique, o crédito ou o bom nome daquela pessoa.

**Data de Exigibilidade:** data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas no Bilhete de Seguro.

**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 Segurado deverá prestar informações, de próprio punho, sobre as suas condições de saúde,

assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data de sua assinatura.

**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 atividades, 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 ou quaisquer outros meios.

**Dados Antropométricos:** conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

**Deambular:** ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

**Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

**Disfunção imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

**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 de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronificada).

**Doença Crônica de Caráter Progressivo**: doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem tratamento.

**Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

**Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anatomopatológico para sua classificação definitiva.

**Doença Profissional:** aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

**Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

**Etiologia:** causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

**Evento Coberto:** acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do Bilhete de seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à SEGURADORA em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

**Fatores de Risco e Morbidade:** fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

**Franquia:** período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização ou valor fixo previsto nas Condições Contratuais que será descontado da

indenização devida. A franquia é deduzida do valor do capital segurado a ser pago em cada sinistro.

**Hígido:** saudável.

**Indenização:** pagamento efetuado pela SEGURADORA ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do Bilhete de seguro.

**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, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da SEGURADORA.

**Natimorto:** criança que, ao nascer, já se encontra morta.

**Período de Cobertura:** período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s), quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

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

**Processo SUSEP:** procedimento pelo qual o Produto é registrado na SUSEP, não implicando, porém, em incentivo ou recomendação à sua comercialização por parte da autarquia.

**Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

**Proponente:** pessoa física interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro.

**Quadro Clínico**: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

**Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

**Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

**Regime Financeiro de Repartição Simples:** aquele por meio do qual os custos decorrentes da Cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados num determinado período são repartidos ou divididos entre os Segurados.

**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 do Capital Segurado:** recomposição do capital segurado após ocorrência de sinistro coberto.

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

**Renda Mensal Temporária**: é uma renda contratada, limitado ao valor da dívida contraída ou compromisso assumido com o Credor, que será paga ao Beneficiário em caso de sinistro.

**Renovação:** recondução do Seguro por novo período, geralmente por meio da emissão de novo Bilhete de Seguro, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente, ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do seguro**.**

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

**Saldo Devedor:** é o valor das parcelas vincendas da operação realizada pelo Segurado junto ao Credor, apurado na data do sinistro, e, quando for o caso, respeitado o limite de responsabilidade da SEGURADORA estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

**Seguradora:** empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no Bilhete de seguro.

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

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

**Sentido de Orientação**: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

**Sinistro:** ocorrência de risco coberto durante o período de vigência do Bilhete de Seguro.

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

**Vigência do Bilhete de Seguro:** período de tempo compreendido entre a data de início e de término do seguro.

## 3. COBERTURAS

**3.1.** As coberturas **passíveis** de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela GENERALI e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais. As Coberturas deste seguro dividem-se em Básicas e Adicionais, abaixo discriminadas:

### 3.1.1. COBERTURAS BÁSICAS

Morte
Morte Acidental
Invalidez Permanente Total por Acidente
Invalidez Permamente Total ou Parcial por Acidente
Invalidez Permanente Funcional e Total por Doença
Invalidez Permanente Laborativa e Total por Doença
Perda de Renda por Desemprego Involuntário
Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente
Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença

### 3.1.2. COBERTURAS ADICIONAIS

Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença
Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença
Doenças Graves
Doença Terminal
Diagnóstico de Câncer Feminino
Doença Congênita de Filho
Auxílio Funeral
Auxilio Alimentação

**3.2. As Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente e Total por Acidente não podem ser contratadas conjuntamente.**

**3.3. As Coberturas de Invalidez Invalidez Permanente Funcional e Total por Doença e Invalidez Permanente Laborativa e Total por Doença não podem ser contratadas conjuntamente.**

**3.4. As Coberturas de Doenças Graves, Doença Terminal e Diagnóstico de Câncer Feminino não podem ser contratadas conjuntamente.**

**3.5. Para menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação das Coberturas que prevejam reembolso de despesas**

## 4. RISCOS EXCLUÍDOS

**4.1. Estão expressamente excluídos das coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência**:

**a) direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;**

**b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de 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;**

**c) qualquer tipo de doença mental (quadros que envolvam patologia de origem psiquiátrica e psicológica);**

**d) tratamentos médicos relacionados à hemofilia ou diálise crônica;**

**e) eventos provocados por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;**

**f) de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;**

**g) de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do seguro;**

**h) de 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, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

**i) danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;**

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

**k) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxilio de outrem;**

**l) lesões decorrentes de elementos radioativos;**

**m) da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;**

**n) de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceitado o risco;**

**o) de acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto;**

**p) danos morais e/ou estéticos;**

**q) quaisquer tipos de perda e danos, Lucros Cessantes, interrupção de renda e pensionamento;**

**r) toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do cliente, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má fé;**

**s) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores.**

### 4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

**Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente**.

## 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial, **exceto para as coberturas de perda de renda que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território brasileiro**.

## 6. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

**6.1.** O presente seguro será contratado mediante Bilhete de Seguro, emitido no momento da contratação, após solicitação do Proponente**.**

**6.2.** Somente poderão contratar o presente seguro:

**6.2.1.** Proponentes que estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa ou, no caso de aposentados,

desde que o sejam por tempo de serviço ou idade, cabendo à Seguradora a análise de aceitação do risco proposto.

**6.2.2.** Proponentes maiores de 14 (quatorze) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos somente poderão contratar se estiverem representados ou assistidos pelos seus responsáveis legais, nos termos da legislação em vigor.

**6.2.3.** Os Proponentes menores de 14 (quatorze) anos somente poderão contratar se estiverem representados por seus responsáveis legais, nos termos da legislação em vigor, e desde que observado o disposto nestas condições.

## 7. PROVA DO SEGURO

No ato da contratação, o Segurado receberá um Bilhete de Seguro, com as informações essenciais do seguro contratado.

## 8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

**8.1.** A Vigência do seguro poderá ser de prazo curto, anual ou plurianual e o respectivo período será definido no Bilhete de Seguro.

**8.2.** O início de Vigência é contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio e o seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado como final do Bilhete de seguro.

**8.3. Este seguro é por prazo determinado, não havendo a opção de renovação.**

## 9. FRANQUIA E CARÊNCIA

**9.1.** A GENERALI pode estabelecer Carência ou Franquia para determinadas Coberturas, as quais deverão ser expressamente indicadas no Bilhete de Seguro e nas Condições Contratuais.

**9.2.** Adotada a carência, ao Segurado fica assegurada a prorrogação

automática do Seguro por período no mínimo correspondente à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela GENERALI por impossibilidade de manutenção nos termos do disposto na Cláusula de Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais. O prazo de carência não poderá ser superior a 2 (dois) anos, nem poderá exceder à metade do prazo de Vigência do Bilhete de Seguro.

**9.3.** Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência individual.

## 10. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

**10.1.** Para fins deste seguro, o Capital Segurado estabelecido no Bilhete de Seguro é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizada pela dívida ou compromisso assumido pelo segurado, podendo ser definido como capital uniforme e constante, ou por capital fixo durante toda a vigência do contrato, conforme estabelecido no Bilhete de seguro e, de acordo com as Condições Especiais do seguro.

**10.2.** O Capital Segurado para cada Cobertura contratada neste seguro estará estabelecido no Bilhete de Seguro.

**10.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**

**10.4.** O Capital Segurado das Coberturas que prevejam o reembolso ou o pagamento de indenização relacionado a despesas efetuadas pelo Segurado no exterior será estabelecido em moeda estrangeira.

**10.5.** Quando o Capital Segurado for estabelecido em moeda estrangeira:

**10.5.1.** O Prêmio correspondente será pago em moeda corrente nacional, convertido na data de contratação, com base no disposto nas regras específicas do Conselho Monetário Nacional - CMN e do Banco Central do Brasil – Bacen, no que couber;

**10.5.2.** O Bilhete de Seguro informará o Capital Segurado definido em moeda estrangeira.

## 11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

**11.1.** A atualização monetária não se aplica aos seguros com vigência inferior a um ano.

**11.2.** O critério de determinação e atualização dos Capitais Segurados, será definido em função das particularidades de cada contrato de seguro, sendo que estará vinculado a dívida ou compromisso assumido do Segurado com o Credor, devidamente comprovada por documento assinado entre as partes.

**11.3.** O Capital Segurado contratado pelo Segurado e por consequência, o respectivo Prêmio, além das variações periódicas, caso o contrato seja de valor de acordo com a dívida do segurado, poderão sofrer atualização monetária a cada 12 meses de vigência do Bilhete de Seguro, somente para os seguros com vigência plurianual, ou seja, seguros com vigência superior a 12 meses, com base na variação acumulada do índice indicado no subitem 11.4 destas Condições Gerais, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual, de acordo com o determinado nas Condições Contratuais e no Bilhete de Seguro.

**11.4.** Para efeito de atualização monetária, será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE, ou outro índice vinculado a dívida ou compromisso assumido pelo Segurado.

**11.5.** Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/FIPE ou qualquer outro índice que vier a substituí-lo.

## 12. CUSTEIO DO SEGURO

**12.1.** Para fins deste seguro, o custeio será Contributário em que os Segurados pagam o Prêmio, total ou parcialmente.

## 13. CRITÉRIO DA TAXA E DO PRÊMIO

**13.1.** Adotar-se-ão taxas por planos comercializados, que serão determinadas de acordo com equacionamento técnico de cada plano comercializado, sendo que se determina o Prêmio pela multiplicação das taxas e capitais contratados para cada Cobertura.

**13.2.** A taxa final será acrescida dos carregamentos técnicos e de impostos.

**13.3.** A taxa será calculada no início de Vigência do Bilhete de Seguro, não havendo ajustes de taxas durante a Vigência do seguro.

## 14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

**14.1.** A cobrança do Prêmio poderá ser efetuada por meio de documento emitido pela GENERALI, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

a. nome do Segurado;
b. valor do Prêmio;
c. data de emissão;
d. número do Bilhete de Seguro;
e. data limite para o pagamento.

**14.2.** A GENERALI encaminhará o documento a que se refere o subitem 16.1 desta Cláusula diretamente ao Segurado ou ao seu representante legal ou, ainda, ao corretor de seguros, por expressa solicitação de qualquer um destes,observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

**14.2.1.** O pagamento do Prêmio será realizado à vista no momento da contratação ou de forma mensal, o que não caracterizará fracionamento do pagamento de prêmio do seguro.

**14.3.** O pagamento do Prêmio será feito à Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente, cartão de débito ou de crédito ou,

ainda, outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Segurado e a GENERALI no momento da contratação.

**14.3.1.** Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o subitem 15.1 destas Condições, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o Prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

**14.4.** Se a data do vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

**14.5.** Qualquer que seja a forma de pagamento do Prêmio adotada, ficará a GENERALI obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

**14.6.** No caso de se constatar o não pagamento do prêmio pelo Segurado, as Coberturas contratadas serão automaticamente suspensas e a GENERALI providenciará aviso ao Segurado alertando sobre a inadimplência, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, contados da data de vencimento do prêmio não pago. Se ocorrer um sinistro durante o período de suspensão das Coberturas contratadas, o Segurado e/ou Beneficiários ficarão sem direito a receber indenização.

**14.7.** A reabilitação do Bilhete de Seguro ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a GENERALI, nesta hipótese, pelos sinistros ocorridos a partir desta data, observados os termos, limites e condições deste seguro.

**14.8.** Caso o Segurado não regularize o pagamento do prêmio em atraso no prazo de 30 (trinta) dias a contar de seu vencimento, o Seguro será automaticamente cancelado.

**14.9.** Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

## 15. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

**15.1.** O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, exceto para as Coberturas que prevejam exclusivamente o reembolso de despesas ocasionadas por evento coberto, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, Carta Registrada ou outro meio de comunicação disponibilizado dirigida à GENERALI, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

**15.1.1.** A comunicação feita por qualquer meio não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à GENERALI.

**15.2.** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do sinistro e pagamento do Capital Segurado eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela GENERALI de toda documentação básica constante da Cláusula 17 e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada**.**

**15.3.** Em caso de dúvida fundada e justificável, a GENERALI poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 17 e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 16.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela GENERALI dos documentos e informações complementares.

**15.4.** Não respeitado o prazo previsto no subitem 16.2 desta Cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 16.5 e 16.6 desta Cláusula, aplicados a partir da data de ocorrência do sinistro, independentemente de notificação ou interpelação judicial.

**15.5.** A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 6% (seis por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir da data da data de ocorrência do sinistro até a data do efetivo pagamento.

**15.6.** As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 16.4 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

**15.7.** A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.

**15.8.** O pagamento será feito sob a forma de parcela única, por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário(s) ou Segurado no aviso de sinistro.

**15.9.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários serão de responsabilidade do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela GENERALI.

**15.10.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da GENERALI.

**15.11.** Desde que aplicável à Cobertura, conforme Condições Contratuais, o Segurado ou, quando for o caso, seu Beneficiário poderá optar por prestadores de serviço a sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do Capital Segurado contratado.

**15.12.** A GENERALI, desde que uma rede de serviços autorizada, poderá, em substituição, ao pagamento do Capital Segurado na forma de reembolso ou indenização em espécie, oferecer a prestação do serviço correspondente, e será previsto nas Condições Contratuais do seguro. Neste caso, a GENERALI manterá telefone gratuito de assistência ao Segurado, disponível 24 (vinte e quatro) horas e com atendimento em português, o qual constará, em destaque, no Bilhete de Seguro.

**15.12.1.** Na impossibilidade de contato com o telefone gratuito disponibilizado pela GENERALI e/ou a utilização de profissionais e/ou rede de serviços autorizada, o Segurado ou Beneficiário poderá optar por prestadores de serviços à sua livre escolha, desde

que legalmente habilitados, ficando a GENERALI responsável pelo reembolso das despesas até o limite máximo do Capital Segurado contratado.

**15.13.** O pagamento ou ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado em moeda nacional, respeitando-se o Capital Segurado de cada Cobertura contratada, estabelecido em moeda estrangeira nos termos do item 10.5 acima, cujo valor será convertido e atualizado monetariamente, de acordo com a legislação específica, com base na data:

a) do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, quando se tratar de Cobertura que preveja o reembolso de despesas; ou
b) do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando se tratar de Cobertura que preveja o pagamento do Capital Segurado.

**15.13.1.** Todo valor de despesas efetuadas no exterior em moeda diversa do Dólar norte-americano será, inicialmente, convertido para esta moeda, com base na taxa de câmbio do dólar comercial e, posteriormente, convertido para o Real.

**15.13.2.** Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à GENERALI quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

**15.13.3.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela GENERALI.

**15.13.4.** Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade Seguradora.

**15.14.** O Credor deverá encaminhar à GENERALI, ainda, a comprovação da data da contratação de compromisso do Segurado e dos seus dependentes, do pagamento das contribuiçõoes e/ou dos prêmios devidos pelo Segurado, além dos demais documentos que compõem o respectivo contrato, conforme documentos exigidos nestas condições contratuais.

**15.15.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da GENERALI.

**15.16.** Independentemente dos documentos acima, a GENERALI poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

**15.17.** A indenização será paga pela GENERALI diretamente a Instituição Credora, quando couber,sob a expressa condição de que este faça a quitação, amortização ou remissão da dívida ou compromisso assumido, pelo prazo contratado previsto em contrato junto ao Credor.

**15.18.** Em caso de plano remissivo a GENERALI estará isenta de eventuais aumentos futuros, e o Credor assumirá junto aos 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.

## 16. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Para liquidação de sinistro, necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) dos documentos básicos, abaixo indicados, além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

### 16.1. Para qualquer sinistro:

**16.1.1.** Formulários disponibilizados pela Seguradora e devidamente preenchidos em todos os seus campos:

a) Formulário de aviso de sinistro;
b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização/Reembolso de Despesas;
c) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, que comprove o vínculo com a Isntiruição Credora da dívida ou compromisso assumido com o Credor assinada, devidamente registrada,assinada e datada por ambas as partes;

d) Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Credor;

**16.1.2.** Documentos do Segurado (cópias autenticadas):

a) Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor (es) de 18 anos;
b) CPF do segurado;
c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
d) Comprovante de residência do Segurado.

**16.2.** Documentos do(s) Beneficiário(s):

**16.2.1.** Quando Beneficiário o Credor:

i. Cópia de Contrato social
ii. Cópia autenticada de Comporovante de Endereço
iii. Extrato de saldo de dívida ou comprovante de compromisso devidamente assinado e datado por ambas as partes.

**16.2.2.** Quando houver saldo, após o pagamento ao Credor, os beneficiários indicados, ou de acordo com a lei, os seguintes documentos dos beneficiários maior(es) de 18 anos (cópias autenticadas):

a) Carteira de Identidade (RG);
b) CPF;
c) Comprovante de residência;
d) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
e) Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima**,** providenciar:
   i. Cópia da anotação na Carteira de Trabalho; ou
   ii. Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda; ou
   iii. Declaração de União Estável registrada em cartório pelo Segurado, com data anterior à ocorrência do sinistro, com declaração de duas testemunhas atestando que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

f) Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).

**16.2.3.** Quando houver saldo, após o pagamento ao Credor, os beneficiários indicados, ou de acordo com a lei, os seguintes documentos dos beneficiários do(s) Beneficiário(s) menor(es) de 18 anos (cópias autenticadas):

a. Carteira de Identidade (RG);
b. Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
c. Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz;
d. 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.

**16.3.** Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de esta pessoa ser um médico habilitado**.**

## 17. JUNTA MÉDICA

**17.1.** No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura securitária, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente no Bilhete do Seguro, será proposta pela GENERALI, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela GENERALI, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados.

**17.1.1.** O prazo de constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

**17.2.** Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão rateados de forma igualitária entre o Segurado e a GENERALI.

## 18. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S)

**18.1.** O primeiro Beneficiário será a Instituição Credora pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado.

**18.2.** A diferença que ultrapassar o saldo será paga ao(s) segundo(s) Beneficiário(s).

**18.2.1.** O(s) segundo(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado no Bilhete de Seguro, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

**18.2.2.** 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.

**18.2.3.** Se a SEGURADORA não for cientificada até o período estabelecido, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

**18.2.4.** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à Cobertura contratada será paga nos termos do Código Civil Brasileiro.

## 19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

**19.1.** A GENERALI não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Segurado, seu Representante ou seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do Prêmio, além de estar o Segurado, obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

**19.1.1.** Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a GENERALI poderá:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

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

b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

c) 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.

**19.2.** A GENERALI não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros:

a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas condições;

b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;

c) agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

**19.3.** 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 indenização se for provado que silenciou de má-fé. Recebido o aviso de agravação do Risco, sem culpa do Segurado, a Seguradora poderá:

**a)** no prazo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento do aviso, cancelar o Bilhete de Seguro, dando ciência de sua decisão, por escrito, ao Segurado, ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada. O cancelamento do Bilhete de Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio pela Seguradora, calculada proporcionalmente ao período do Risco a decorrer;

**b)** propor a continuidade do contrato e cobrar a diferença do Prêmio cabível.

## 20. CANCELAMENTO DO BILHETE DE SEGURO

**20.1.** Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização a qualquer parte nas seguintes situações:

I. por falta de pagamento de parcela do Prêmio, após o prazo disposto no item 16.6 destas Condições Gerais;
II. automaticamente, com as condições especiais das coberturas contratadas;
III. mediante solicitação pelo Segurado à GENERALI;
IV. pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;
V. se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a Vigência do contrato.

**20.2.** O pagamento de Prêmios pelo Segurado, de qualquer valor, à GENERALI após a data de rescisão não implica a reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido devidamente corrigido.

**20.3.** No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

**20.4.** Durante a Vigência, o Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

## 21. INFORMAÇÃO DE BILHETES DE SEGURO

**21.1. Este seguro, em função da existência de Coberturas que permitam o reembolso de despesas e indenizam perda de renda, *e desde que contratadas*, prevê em suas condições a cláusula de informação de Bilhetes de Seguro, portanto o Segurado que, não informar quando da contratação, ou que tenha pleiteado para mais de uma seguradora a indenização sobre os riscos, e não informado a todas as Sociedades Seguradoras e/ou operadoras perderá o direito à indenização.**

**21.1.1. Na ocorrência de sinistro contemplado por Coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:**

**I – será calculada a indenização individual de cada Cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da Cobertura e cláusulas de rateio;**

**II – será calculada a "indenização individual ajustada" de cada Cobertura, na forma abaixo indicada:**

**a) se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de capital, a indenização individual de cada Cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia do seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os**

**limites máximos de indenização destas coberturas.**

**b) caso contrário, a "indenização individual ajustada" será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste item 23.2.**

**III – será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Bilhetes de Seguro, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II.**

**IV - se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao Prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;**

**V – se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.**

## 22. PRESCRIÇÃO

Qualquer pretensão do Segurado com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

## 23. DISPOSIÇÕES GERAIS

**23.1.** O registro deste plano junto à SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

**23.2.** 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.

**23.3.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

## 24. FORO CONTRATUAL

Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

***GENERALI BRASIL SEGUROS S/A***

# CONDIÇÕES ESPECIAIS
# COBERTURA DE MORTE

## 1. OBJETIVO DA COBERTURA

**1.1.** Desde que contratada a cobertura de morte, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, definidos nas condições contratuais do seguro, **em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro**, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições gerais do seguro prestamista - bilhete de seguro.

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

## 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos excluídos definidos no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais do seguro prestamista.**

## 3. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

**3.1.** O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no Bilhete de Seguro.

**3.2.** Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído do Seguro.

## 4. CAPITAL SEGURADO

**4.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será

estabelecida no Bilhete de Seguro**.**

**4.2. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**

## 5. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 6. CARÊNCIA E FRANQUIA

Esta cobertura não prevê carência ou franquia, exceto as previstas em lei**.**

## 7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
ii. com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e
iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

## 8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**8.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

**8.1.1.** Em caso de morte natural, necessários também os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
b. Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;

c. Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
d. Radiografias do Segurado (quando houver);
e. Guia de internação hospitalar (quando houver);
f. Declaração médica indicando *causa mortis,* com firma reconhecida.

**8.1.2.** Em caso de ocorrência de morte em razão de acidente, além dos documentos citados acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a. Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo;
b. Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
c. Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho(CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
d. Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
e. Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
f. Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

## 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

**9.1.** Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte Acidental.

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

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS

# COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

## 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada a cobertura de morte acidental, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, em caso de falecimento do segurado, durante a vigência do seguro, **em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal**, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de seguro.

1.2. Para efeito desta cobertura, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte do segurado.

1.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a "data do evento coberto" será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

## 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**2.1. Observado o conceito de acidentes pessoais, descrito na cláusula 2, e além riscos excluídos mencionados no item 4 das condições gerais do seguro prestamista, estarão também excluídos da Cobertura de Morte Acidental:**

**a. quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

**b. os denominados acidentes médicos (apoplexia,**

**congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**

**c. contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;**

**d. a prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e**

**e. viagens em aeronaves ou embarcações:**

**i. que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**

**ii. que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**

**iii. dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.**

## 3. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

3.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no Bilhete de Seguro.

3.2. Após o pagamento da indenização, o seguro será automaticamente encerrado.

## 4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no Bilhete de Seguro.

4.2. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

## 5. CARÊNCIA E FRANQUIA

Esta cobertura não prevê carência ou franquia, exceto as previstas em lei**.**

## 6. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura cessará:

i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;

ii. com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e

iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

## 8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
b. Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
c. Radiografias do Segurado (quando houver);
d. Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
e. Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
f. Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
g. Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
h. Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
i. Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

j. Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

## 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS
# COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

## 1. OBJETIVO DO SEGURO

**1.1.** Desde que contratada a cobertura de invalidez permanente total por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de Seguro.

**1.2.** Entende-se por Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos por lesão física do segurado, comprovadas 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.

**1.3.** Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico.

| TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL 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 |

**1.4.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

## 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**2.1. Observado o conceito de acidentes pessoais, descrito na cláusula 2, e além riscos excluídos mencionados no item 4 das condições gerais do seguro prestamista, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):**

**a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

**b) os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;**

**c) viagens em aeronaves ou embarcações:**

- **que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
- **que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
- **dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;**

**d) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;**

**e) os acidentes médicos;**

**f) perturbações mentais, nervosas e emocionais;**

**g) as lesões classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais**

**Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, Problemas Auditivos e outros;**

**h) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores;**

**i) perda de dentes ou danos estéticos.**

## 3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

**3.1.** O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

**3.2.** 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, conforme cláusula 24 das condições gerais.

## 4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

**4.1.** O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no Bilhete de Seguro.

**4.2.** Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o segurado será automaticamente excluído do seguro.

## 5. CAPITAL SEGURADO

**5.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no Bilhete de seguro.

**5.2.** Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

## 6. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado**.**

## 7. CARÊNCIA E FRANQUIA

Esta cobertura não prevê carência ou franquia, exceto as previstas em lei**.**

## 8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

**8.1.** Esta cobertura cessará:

i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
ii. com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e
iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

## 9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

i. comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
ii. cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);

iii. exame de corpo de delito, quando indicado;

iv. laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual;

## 10. DISPOSIÇÃO FINAL

**10.1.** Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, constante no item 1.3 destas condições especiais, serão pagos com base em literatura mundial**.**

**10.2.** Esta cobertura não prevê reintegração de capital segurado.

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

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS
# COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

## 1. OBJETIVO DA COBERTURA

**1.1.** Desde que contratada a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, sendo que o valor será definido nas hipóteses e graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, caso venha a se tornar total ou parcial e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de Seguro.

1.1.1. Entende-se por Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

## 2. CONCEITOS

2.1.1. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico.

2.1.2. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si

só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico.

**2.2.** Para fins desta cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no item 2.16 desta Cláusula, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

**2.3.** As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.

**2.4.** Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte e/ou morte acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de morte e/ou morte acidental, sendo que os valores serão pagos de acordo com a claúsula de beneficiários.

**2.5.** No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

**2.6.** Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

**2.7.** Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total ou parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante no subitem 2.16 desta Cláusula.

**2.8.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

**2.9.** Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

**2.10.** Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando–se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

**2.11.** Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando–se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

**2.12.** Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

**2.13.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

**2.15.** A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

**2.16.** TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

| 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 |
| **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 |
| **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. | |
| **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 | 25 |
| Amputação do 1° (primeiro) dedo | 10 |
| Amputação de qualquer outro dedo | 3 |
| Perda total do uso de uma falange do 1° (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo | |
| Encurtamento de um dos membros inferiores:<br>- de 5 (cinco) centímetros ou mais<br>- de 4 (quatro) centímetros<br>- de 3 (três) centímetros<br>- Menos de 3 (três) centímetros: sem | <br>15<br>10<br>6 |

| DIVERSAS | % |
|---|---|
| **MANDÍBULA** | |
| Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos | |
| Em grau mínimo | 10 |
| Em grau médio | 20 |
| Em grau máximo | 30 |
| **NARIZ** | |
| Perda total do nariz | 25 |
| Perda total do olfato | 07 |
| Perda do olfato com alterações gustativas | 10 |
| **APARELHO VISUAL** | |
| **Lesões das vias lacrimais** | |
| Unilateral | 07 |
| Unilateral com fístulas | 15 |
| Bilateral | 14 |
| Bilateral com fístulas | 25 |
| **Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris** | |
| Ectrópio unilateral | 03 |
| Ectrópio bilateral | 06 |
| Entrópio unilateral | 07 |
| Entrópio bilateral | 14 |
| Má oclusão palpebral unilateral | 03 |
| Má oclusão palpebral bilateral | 06 |
| Ptose palpebral unilateral | 05 |
| Ptose palpebral bilateral | 10 |
| **APARELHO DA FONAÇÃO** | |
| Perda de substância (palato mole e duro) | 15 |
| Amputação total da língua | 50 |
| Parcial - menos de 50% (cinqüenta por cento) | 15 |
| - mais de 50% (cinqüenta por cento) | 30 |
| **SISTEMA AUDITIVO** | |
| Perda total de uma orelha | 08 |
| Perda total das duas orelhas | 16 |
| **ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)** | |
| Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinqüenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente. | |
| **PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS** | |
| A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela. | |
| Perda do baço | 15 |
| **APARELHO URINÁRIO** | |
| Perda de um rim | |
| Função renal preservada | 15 |
| Redução em grau mínimo da função renal | 25 |
| Redução em grau médio da função renal | 50 |
| Insuficiência renal | 75 |
| **APARELHO GENITAL E REPRODUTOR** | |
| Perda de um testículo | 10 |
| Perda de dois testículos | 30 |
| Amputação traumática do pênis | 50 |
| Perda do útero antes da menopausa | 40 |
| Perda do útero depois da menopausa | 10 |
| **PAREDE ABDOMINAL** | |
| Hérnia traumática | 10 |
| No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização) | 00 |
| SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS | |
| Síndrome pós-concussional | 10 |
| Transtorno neurótico (estresse pós-traumático) | 02 |
| PESCOÇO | |
| Estenose da faringe com obstáculo a deglutição | 15 |
| Lesão do esôfago com transtornos da função motora | 15 |
| Paralisia de uma corda vocal | 10 |
| Paralisia de duas cordas vocais | 30 |
| Traqueostomia definitiva | 40 |
| TÓRAX | |
| APARELHO RESPIRATÓRIO | |
| Sequelas pós-traumáticas pleurais | 10 |

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:**

**a) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**

**b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem, salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.**

## 4. CAPITAL SEGURADO

**4.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida no Bilhete de Seguro, vigente na data do acidente.

**4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal com o Segurado.

## 5. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado**.**

## 6. CARÊNCIA E FRANQUIA

Esta cobertura não prevê carência ou franquia, exceto as previstas em lei**.**

## 7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

**7.1.** Esta cobertura cessará:

i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;

ii. com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e

**iii.** quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

## 8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

**8.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 16** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 17** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

**a)** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);

**b)** Radiografias do Segurado (quando houver);

**c)** Guia de Internação Hospitalar (quando houver);

**e)** Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;

**f)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;

**g)** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho(CAT), nos casos de acidente de trabalho;

**h)** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

**i)** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

**j)** Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

## 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

**9.1.** 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.

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS
# COBERTURA AUTÔNOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

## 1. OBJETIVO DA COBERTURA

**1.1.** Desde que contratada a cobertura autônoma de invalidez funcional permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas Cláusulas 2 e 6 destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do 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 comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados nesta condição especial.

## 2. CONCEITOS

**2.1.** Para que haja direito a esta Cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

**2.2.** Consideram-se como Riscos Cobertos 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:**

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

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

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

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

**2.3.** Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da Cláusula 6 - Comprovação de Invalidez Funcional por Doença destas Condições Especiais**.**

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:**

**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. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e**

**c. a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

**3.2. 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 e Total por Doença.**

**3.3. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e 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.**

## 4. CAPITAL SEGURADO

**4.1.** Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Bilhete, vigente na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

**4.2.** Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

**4.3.** Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora

## 5. CARÊNCIA E FRANQUIA

**5.1.** A carência será de 60 (sessenta) dias dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista.

**5.2.** A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

**5.3.** Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

**5.4.** A franquia será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista.

## 6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

**6.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

**a)** Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da **data exata** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 2.2 e 2.3 destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado;

**b)** Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;

**c)** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;

**d)** A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

**6.2.** É facultado à SEGURADORA, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

**6.3.** 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.

**6.4.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos a qualquer tempo.

## 7. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

**7.1.** A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-

assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

**7.2.** Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

**7.3.** O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.

7.3.1. A primeira é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1° 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. Para a classificação no 2° ou no 3° grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

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

***INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF***

***TABELA 1***

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

| ATRIBUTOS | ESCALAS | PONTOS |
|---|---|---|
| **RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO** | **1º GRAU:** O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR. | **00** |
| | **2º GRAU:** O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE 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. | **10** |
| | **3º GRAU:** O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL. | **20** |
| **CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO** | **1° GRAU:** O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS. | **00** |
| | **2° GRAU:** O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO (ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA (S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO. | **10** |
| | **3° GRAU:** O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO. | **20** |
| **CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA** | **1° 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. | **00** |

| | | |
|---|---|---|
| | 2° **GRAU:**<br>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES). | **10** |
| | **3° GRAU:**<br>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. | **20** |

## *TABELA 2*

## *TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE*

| DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS | PONTUAÇÃO |
|---|---|
| **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** |

**7.4.** As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante**.**

**7.5.** As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da

obrigação de pagamento do capital segurado.

## 8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

**8.1.** Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao Beneficiário.

**8.2. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**

## 9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

**9.1.** Com o pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, o seguro.

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

## 10. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 11. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;

ii. com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e

iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

## 12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS
# COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

## 1. OBJETIVO DA COBERTURA

**1.1.** Desde que contratada a cobertura de invalidez laborativa permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.

**1.2.** Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente 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.

## 2. CONCEITOS

**2.1.** 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.

**2.2.** 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.

**2.3.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta garantia.

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, desde que contratadas de invalidez permanente laboral por doença, não estão cobertos os eventos decorrentes de:**

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. **quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e**

c. **a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

**3.2. 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 e Total por Doença.**

**3.2.1. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez laboral Permanente e 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.**

**3.3. Não podem figurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.**

## 4. CAPITAL SEGURADO

**4.1.** Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Bilhete, vigente na data da caracterização da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

**4.2.** Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Laborativa

Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

**4.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**

## 5. CARÊNCIA E FRANQUIA

**5.1.** A carência será de 31 (trinta e um) dias dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista.

**5.2.** A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

**5.3.** Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

**5.4.** A franquia será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista.

## 6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

**6.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a. Laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença;
b. Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
c. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social ou comprovação da atividade exercida**.**

**6.2.** É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

**6.3.** 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.

## 7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

**7.1.** Com o pagamento do capital segurado por Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, o seguro.

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

## 8. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;

ii. com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e

iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

## 10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS
# COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO

## 1. OBJETIVO DO SEGURO

**1.1.** Garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por desemprego involuntário, durante a vigência do Bilhete de seguro, observados as condições a seguir enumeradas.

**1.2.** Perda de Renda por Desemprego Involuntário: Como “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

**1.3.** Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Credor, com idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que possuam 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.

**1.4.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

## 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:**

**a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**

**b) demissão por justa causa do trabalhador segurado;**

**c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;**

**d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;**

**e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**

**f) falência;**

**g) campanhas de demissões em massa. Considera-se "demissão em massa" o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e**

**h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador.**

**2.2. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.**

## 3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

## 4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no Bilhete de Seguro.

## 5. CAPITAIS SEGURADOS

**5.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês que o segurado permanecer desempregado, sendo que o valor e a quantidade das parcelas mensais do compromisso financeiro a serem indenizadas, deverão estar especificados no Bilhete de Seguros.

**5.2.** Esta cobertura pooderá ser acionada uma única vez durante a vigência do Bilhete de seguro.

**5.3.** Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e

não pagas, multas e juros de mora.

## 6. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 7. CARÊNCIA

**7.1.** A carência será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista.

**7.2.** A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

**7.3.** Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

## 8. FRANQUIA

A franquia será de 30 (trinta) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista.

## 9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

**9.1.** Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- Com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização;
- com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; ou
- quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

## 10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**10.1.** Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais,

providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a. cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;
b. para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquia, estabelecido no contrato, da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia;
c. cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

**10.2.** A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

## 11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

O segurado não poderá estar coberto por mais de um segujro de Perda Involuntária de Emprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para uma mesmo Credor. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como Seguro válido aquele que tiver emissão mais antiga.

## 12. BENEFICIÁRIOS

No seguro de Perda de Renda por Desemprego Involuntário cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais do seguro prestamista.

## 13. DISPOSIÇÕES GERAIS

**13.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições

Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS

# COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

## 1.OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente, durante a vigência do contrato de seguro, observada as condições a seguir enumeradas.

1.2. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

1.3. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência a incapacidade física temporária por acidente, conforme definições das condições gerais do seguro Bilhete Prestamista.

1.4. **Elegibilidade**: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados e que possuam vínculo com o Credor, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

1.5. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

## 2.RISCOS EXCLUÍDOS

**2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:**

**a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**

**b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**

**c) prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;**

**d) hospitalização para a realização de exames de rotina;**

**e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**

**f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**

**g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**

**h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

**i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;**

**j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela Bilhete de seguro vigente; e**

**k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).**

**2.1.1. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os profissionais da economia informal que não sejam**

**profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.**

## 3.ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

## 4.INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

O início e término de vigência desta cobertura será ode acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no Bilhete de Seguro.

## 5.CAPITAIS SEGURADOS

5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês, durante o período em que o segurado permanecer incapaz, sendo que o valor e a quantidade de parcelas mensais de financiamento ou do compromisso financeiro assumido a serem indenizados, deverão ser especificados nas condições contratuais do Bilhete de Seguro.

5.2. Esta cobertura pooderá ser acionada uma única vez durante a vigência do Bilhete de seguro

5.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

## 6.PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 7.CARÊNCIA

7.1. A carência poderá será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista.

7.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

7.3. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

## 8. FRANQUIA

A franquia poderá será de até 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do bilhete de seguro prestamista.

## 9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- Com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização;
- com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; ou
- quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

## 10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro)

das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

i. relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
ii. exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);
iii. cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:
    a. última declaração do Imposto de Renda;
    b. recibo de pagamento autônomo;
    c. carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
iv. comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
v. inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

## 11. PERÍCIA MÉDICA

11.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

11.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

## 12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de

Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Credor. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

12.2. A seguradora devolverá qualquer prêmio que o segurado tiver pagado em duplicidade.

## 13. BENEFICIÁRIOS

No seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

## 14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS

# COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

## 1.OBJETIVO DA COBERTURA

**1.1.** Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, durante a vigência do Bilhete de seguro, observada as condições a seguir enumeradas.

**1.2.** Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

**1.3.** Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência a incapacidade física temporária por acidente ou doença, conforme definição descrita nas condições gerais do seguro Bilhete Prestamista.

**1.4.** **Elegibilidade**: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possuam vínculo com o Credor, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

**1.5.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

## 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os eventos ocorridos em consequência de:**

**a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**

**b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**

**c) prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;**

**d) hospitalização para a realização de exames de rotina;**

**e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**

**f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**

**g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**

**h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

**i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;**

**j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela Bilhete de seguro vigente; e**

**k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).**

**2.1.1. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença**

**os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.**

## 3.ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

## 4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no Bilhete de Seguro.

## 5. CAPITAIS SEGURADOS

**5.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês, durante o período em que o segurado permanecer incapaz, sendo que o valor e a quantidade de parcelas mensais de financiamento a serem indenizados, deverão ser especificados nas condições contratuais do seguro.

**5.2.** Esta cobertura pooderá ser acionada uma única vez durante a vigência do Bilhete de seguro

**5.3.** Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

## 6. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 7. CARÊNCIA

**7.1.** A carência poderá será de 31 (trinta e um) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista.

**7.2.** A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

**7.3.** Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

## 8. FRANQUIA

A franquia poderá será de 30 (trinta) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de Seguro Prestamista.

## 9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

**9.1.** Esta cobertura cessará:

- • simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- Com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização;
- com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; ou
- quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

## 10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**10.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

i. relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na

data do evento;

ii. exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);

iii. cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:

a) última declaração do Imposto de Renda;

b) recibo de pagamento autônomo;

c) carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;

iv. comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou

v. inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

## 11. PERÍCIA MÉDICA

**11.1.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

**11.2.** A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

## 12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

**12.1.** O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Credor. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

**12.2.** A seguradora devolverá qualquer prêmio que o segurado tiver pagado em duplicidade.

## 13. BENEFICIÁRIOS

No seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o beneficiário será o Credor, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

## 14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURAS ADICIONAIS
# DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIH

## 1. OBJETO DA GARANTIA

**1.1.** Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento de parte ou todo das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, mediante o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, **entendem-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais do Bilhete de Seguro.**

## 2. DEFINIÇÕES

**2.1. Internação Hospitalar:** é a internação em hospital em período superior a 24(vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

**2.2. Unidade de Terapia Intensiva UTI:** unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar**.**

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1. Além dos riscos excluídos constante das condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados os eventos ocorridos em consequência de:**

**a) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;**
**b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
**c) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;**
**d) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;**
**e) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;**
**f) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;**
**g) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;**
**h) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);**
**i) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;**
**j) Diálises, hemodiálises;**
**k) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.**
**l) Internações domiciliares (Home Care);**
**m) Internações decorrentes de doenças de características reconhecidamente progressivas, crônicas ou degenerativas tais como: Mal de Alzheimer, fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas e outras doenças de caráter crônico;**
**n) Internações decorrentes de acidentes ocorridos ou doenças manifestadas fora do período de garantia ou vigência do Bilhete de Seguro.**

## 4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido no Bilhete de Seguro.

## 5. CARÊNCIA E FRANQUIA

**5.1.** O período de carência para esta garantia será 60 (sessenta) dias conforme definido em Bilhete de Seguro.

**5.1.1.** Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

**5.2.** O período de franquia para esta garantia será de até 07(sete) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica.

## 6. CAPITAL SEGURADO

**6.1.** No Bilhete de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

**6.2.** Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data de internação do segurado.

**6.3.** O valor da diária segurada e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segurada de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia**.**

**6.4.** A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

**6.5.** O limite de diárias será estabelecido no Bilhete de Seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento.

## 7. PRÊMIO

**7.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

**8.1.** Esta cobertura cessará:

- • simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; ou
- quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

## 9. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor do compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

## 10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**14.3.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Cópia simples do CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou)
b) Laudos e exames médicos pertinentes à doença ou lesões que vitimaram o segurado sinistrado principal;
c) Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
d) Laudo do exame toxicológico;

e) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
f) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
g) Nota Fiscal/Fatura Originais do Hospital com o Recibo de Quitação, se houver;
h) Resultado do exame de dosagem alcoólica;
i) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);
j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

**10.1. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.**

## 11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL

## DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIT

### 1. OBJETO DA COBERTURA

**1.1.** Garante, desde que contratada, ao segurado o pagamento de diária de incapacidade temporária, limitado ao número de diárias e o valor de cada diária, estabelecidos no Bilhete de seguro. O risco coberto desta garantia ocorre quando ficar caracterizada a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado principal no exercício da profissão ou ocupação.

### 2. DEFINIÇÕES

**2.1. Diárias por Incapacidade Temporária:** é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relacionada à sua profissão ou ocupação, causada por acidente ou doença, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

**2.2.** A incapacidade do segurado poderá ser causada por acidente pessoal ou doença devidamente coberta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

**2.3.** Caso o segurado seja profissional liberal ou autônomo, deve possuir comprovação de renda e atividade, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

**2.4.** A garantia de Diárias por Incapacidade Temporária destina-se, única e exclusivamente, a auxiliar na recomposição dos ganhos mensais do segurado afastado e não tem, consequentemente, qualquer vinculação com indenizações que, eventualmente, se tornem devida por força das demais garantias previstas no Bilhete de Seguro.

**2.5.** Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente garantia, não

sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.

**2.6.** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da incapacidade e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

**2.7.** Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data da invalidez.

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, e ainda:**

- **Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;**
- **Entesopatia;**
- **Entorses, distensões, contusões;**
- **Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;**
- **Fraturas patológicas;**
- **Lesões intra-articulares de joelho;**
- **Lesões que não exijam atendimento médico;**
- **Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);**
- **Síndromes compressivas nervosas;**
- **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;**
- **Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto;**
- **Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- **O choque anafilático e suas consequências;**
- **Danos estéticos;**

- **Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado em decorrência de acidente coberto;**
- **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- **Doenças mentais ou psiquiátricas;**
- **Doenças ou lesões acidentais provocadas por alcoolismo ou por uso de drogas que causem dependência psicotrópica;**
- **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.**
- **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- **Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual**
- **Atos ou omissões do Segurado ou lesões acidentais provocadas sob o efeito de álcool ou de bebida alcoólica que determine grau de alcoolemia superior a 0,5 gramas por litro de sangue ou sob efeito de estupefacientes utilizados sem ou contra as indicações de prescrição médica, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas que causem alterações mentais ou dependência psicotrópica**
- **Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são**
- **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;**
- **Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança**

- **Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.**

## 4. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento **a data do afastamento** devidamente comprovado de suas atividades profissionais.

## 5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido no Bilhete de Seguro.

## 6. CARÊNCIA E FRANQUIA

**6.1.** O limite para quantidade de diárias será estabelecido no Bilhete de Seguro, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias por evento.

**6.2.** O período de carência para esta garantia será de 60 (sessenta) dias conforme definido em Bilhete de Seguro. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

**6.3.** O período de franquia para esta garantia será de 07(sete) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica.

## 7. CAPITAL SEGURADO

**7.1.** No Bilhete de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

**7.2.** Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data de internação do segurado.

**7.3.** No Bilhete de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

**7.4.** Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data de internação do segurado.

**7.5.** O valor da diária segurada e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segurada de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

**7.6.** A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

## 8. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

**9.1. Esta cobertura cessará:**

- com o cancelamento desta Cobertura Especial;
- com a ocorrência da morte do Segurado ou sua invalidez total e permanente; ou
- espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado
- com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; ou
- quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

## 10. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE

**10.1.** As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia do Bilhete de Seguro.

**10.2.** A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

**10.3.** Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos

desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:

**10.3.1.** Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.

**10.3.2.** A critério da Seguradora, e desde que definido no Bilhete de Seguro, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.

**10.4.** De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos no Bilhete de Seguro.

**10.5.** Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.

**10.6.** O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

**10.7.** 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.

Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

**10.8.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
b) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
d) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

**10.9. Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias por Incapacidade em prazo inferior ao estipulado no bilhete de seguro, contados da data do seu retorno do último afastamento.**

## 11. BENEFICIÁRIO

Para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença - DIT cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor do compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

## 12. DISPOSIÇÕES GERAIS

**12.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Blhete de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco

contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS- COBERTURA ADICIONAL

## COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

**1.1.** Desde que contratada a cobertura de Doenças Graves, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao beneficiário, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, ou da realização de um procedimento médico coberto, nos termos da Cláusual nº 2.1, somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência (diagnóstico ou procedimento) do primeiro evento coberto, observado o Período de Carência, os Riscos Excluídos e a legislação aplicável.

**1.2.** Este seguro será cancelado automaticamente quando o (a) Segurado (a) completar 70 (setenta) anos de idade.

**1.3.** O presente seguro será cancelado no caso de caracterização de sinistro e pagamento do Capital Segurado contratado.

### 2. COBERTURAS

**2.1.** Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças e os procedimentos médicos abaixo relacionadas e caracterizadas, 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, e desde que o diagnóstico ou realização do procedimento ocorra durante a vigência do Seguro e após o período de Carência . Para efeito deste seguro, são consideradas doenças graves:

**a) 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 líquor, bem como atestado por laudo médico.

**b) 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 malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anátomo-Patológico para sua classificação definitiva.

**c) Cirurgia Coronariana Tipo "Bypass":** cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), 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.

**d) Infarto agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sangüíneo 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); e
iv. Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.

**e) 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.

**f) 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.

**2.2.** Estas doenças ou condições físicas poderão ser identificadas pela Seguradora através de todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive os prontuários médico-hospitalares em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

## 3. CONDIÇÕES DE COBERTURA

**3.1.** Para que haja direito à Cobertura securitária, imprescindível o atendimento conjunto dos seguintes requisitos:

**a)** o segurado sobreviva 30 (trinta) dias após o diagnóstico ou realização do procedimento cirúrgico coberto e;

**b)** o diagnóstico tenha sido emitido pela primeira vez após a data de início de Vigência do Seguro ou o procedimento cirúrgico realizado durante a Vigência do Bilhete de Seguro.

## 4. RISCOS EXCLUÍDOS

**4.1. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4 das Condições Gerais, 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.**

**4.2. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4.1, 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" e;**
**d) outras síndromes coronarianas agudas.**

**4.3. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4.1, estão expressamente excluídos da Cobertura de Acidente Cerebral Vascular 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; e**
**h) sintomas neurológicos causado por enxaquecas.**

**4.4. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4.1, 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); e**
**d. quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.**

**4.5. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4.1, estão expressamente excluídos da Cobertura de Transplante Total de Órgãos os seguintes eventos:**

a. **transplantes dos demais órgãos não listados nestas Condições Gerais;**
b. **transplante de tecido;**
c. **transplante de células tronco;**
d. **transplante de células-beta do pâncreas;**
e. **auto-transplante; e**
f. **quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.**

## 5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

**5.1.** O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no Bilhete de Seguro.

**5.2.** Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído do Seguro.

## 6. CAPITAL SEGURADO

**6.1.** Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Bilhete, vigente na data da caracterização de Doenças Graves.

**6.2.** Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Doença Grave, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

**6.3.** Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

## 7. PRÊMIO

A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

## 8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;

ii. com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e

iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

## 9. CARÊNCIA

**9.1.** O período de Carência, a ser definido no Bilhete de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro .

**9.2.** O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pelo Bilhete de Seguo.

## 10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**10.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia;
- laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).

**10.2.** A ocorrência do sinistro decorrente de Infarto Agudo do Miocárdio será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

**10.3.** A ocorrência do sinistro decorrente de Acidente Vascular Cerebral será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia;
- exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cerebrospinal).

**10.4.** A ocorrência do sinistro decorrente de Cirurgia Coronariana tipo “by-pass" será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca

**10.5.** A ocorrência do sinistro decorrente de Insuficiência Renal Terminal será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia;
- exames complementares apropriados.

**10.6.** A ocorrência do sinistro decorrente de Transplante de Órgãos será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

**10.7.** Considera-se a data do evento, a data do diagnóstico da doença devidamente comprovada.

**10.8.** Somente haverá garantia para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro individual, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma,

acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

**10.9.** O pagamento de qualquer indenização decorrente da garantia de doenças graves significa o cancelamento imediato do seguro.

**10.10.** Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas, a seguradora poderá realizar perícia médica no segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

**10.10.1.** O segurado ou sua família deverão permitir e contribuir para que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, forneçam as informações solicitadas pela Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

**10.10.2.** Os resultados apurados pela perícia realizada pela seguradora, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o segurado e seu médico assistente.

**10.10.3.** Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da seguradora.

**10.11.** As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Grave são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta garantia.

## 13. BENEFICIÁRIO

**13.1.** Para a cobertura de Doenças Graves cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor do compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

**13.2.** Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído do Seguro.

## 14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS- COBERTURA ADICIONAL

# COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL

## 1. OBJETO DA GARANTIA

**1.1.** Desde que contratada, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao beneficiário, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao capital segurado contratado, caso o segurado se torne um "doente em fase terminal" e que o estágio de sua doença esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, , **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

**1.2.** É considerado "doente em fase terminal" o segurado cujo quadro clínico caracterize um estado de saúde gravíssimo, de comprometimento sistêmico crítico, sem qualquer possibilidade de recuperação com o recursos médico-terapêuticos disponíveis e para o qual seus médicos assistentes não admitam qualquer possibilidade e/ou esperança de reversibilidade, que indique uma sobrevida de, no máximo, 6 (seis) meses sendo o segurado considerado, desta forma, fora dos limites normais de sobrevivência.

## 2. CAPITAL SEGURADO

**2.1.** Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Bilhete, vigente na data da caracterização de Doença Terminal.

**2.2.** Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Doença Terminal, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

**2.3.** Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

**2.4.** Caso o segurado venha a se tornar um “doente em fase terminal”, o saldo do capital, se houver, será realizado:

a) ao próprio segurado, desde que esteja em pleno gozo de sua capacidade civil e física;

b) ao representante legal do segurado, regularmente decretado por juízo competente, quando o segurado não estiver em pleno gozo de sua capacidade civil e física.

**2.4.1.** Para fins da presente garantia entende-se por capacidade civil aquela definida no Código Civil Brasileiro e, por capacidade física, a faculdade do Segurado para, de próprio punho, firmar na forma escrita o recibo de pagamento do adiantamento do capital segurado, ou de indicar representante legal para fazê-lo.

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.**

## 4. CARÊNCIA

**4.1.** O período de Carência, a ser definido no Bilhete de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro .

**4.2.** O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pelo Bilhete de Seguo.

## 5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:**

**5.1.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:**

**a)** Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

**b)** Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;
**c)** Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
**d)** Cópia autenticada da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver);
**e)** Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;
**f)** Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
**g)** Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
**h)** Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
**i)** Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;

**5.2.** Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

**5.3. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído do Seguro.**

## 6. BENEFICIÁRIO

**6.1.** Para a cobertura de Doença Terminal cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor do compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

**14.3.** Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído do Seguro.

## 7. DISPOSIÇÕES GERAIS

**7.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, 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 forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais

# CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DIAGNOSTICO DE CÂNCER FEMININO

## 1. OBJETIVO

**1.1.** Desde que contratada, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao beneficiário, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao capital segurado contratado, caso a segurada tenha de primeiro diagnostico positivo de câncer de mama ou útero, e que esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

**1.2.** Considera-se a data do evento, a data do primeiro diagnostico da doença devidamente comprovada.

**1.3.** Esta cobertura será cancelada automaticamente quando a Segurada completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

## 2. CONCEITOS

**2.1.** Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino coberto:

Entende-se por câncer de mama as lesões neoplásicas 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, certificadas e comprovadas como malignas, através de métodos complementares de diagnóstico de certeza.

**2.1.1.** Câncer de Mama**:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno na(s) mama(s) e caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

**2.2.** Diagnóstico de Câncer de Útero:

**2.2.1.** Doença que se manifesta pela 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.

**2.3.** Esta cláusula prevê uma única indenização, que será concedida em função do diagnóstico coberto de neoplasia maligna de mama ou útero, independente do número de lesões diagnosticadas e de mamas atingidas.

**2.4. Após o pagamento da indenização, a Segurada será automaticamente excluída do Seguro.**

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1. Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cobertura de Câncer os seguintes eventos:**

**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", inclusas as lesões pré-malígnas, 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";**

**e)** **o câncer in situ não invasivo do colo do útero e corpo uterino e qualquer tumor na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana;**

**f)** **doenças, mesmo que as incluídas no conceito de "câncer de mama", que se manifestem como conseqüência de complicações, degenerações ou seqüelas 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;**

**h) Manuseio e exposição a material nuclear para quaisquer fim, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como, contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes, inclusive para fins terapêuticos.**

## 4. CARÊNCIA E FRANQUIA

**4.1.** O período de Carência, a ser definido no Bilhete de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro .

**4.2.** O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pelo Bilhete de Seguo.

**4.3.** Não haverá franquia para esta garantia.

## 5. AVISO DE SINISTRO E DOCUMENTOS ESPECÍFICOS

**5.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

a) formulário de aviso de sinistro específico, devidamente preenchido;
b) exames de imagem (ultra-sonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e/ou outros exames assemelhados);
c) resultado de exame anatomopatológico e de estudo histopatológico;
d) relatórios médicos que datem da época do diagnóstico;
e) relatório médico descrevendo: tipo de neoplasia, estadiamento, características do estágio evolutivo atual da doença neoplásica;
f) Entende-se por confirmação da doença a data da firmação do primeiro diagnóstico;
g) Entende-se por época do diagnóstico todo o período desde o início dos primeiros exames até a sua firmação.
h) Além desses documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de duvida fundada e justificável.

## 6. PERÍCIA/JUNTA MÉDICA

**6.1.** A seguradora reserva-se o direito de solicitar quando entender conveniente, a realização de perícia médica na segurada.

**6.2.** É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer à Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente no Bilhete de Seguro. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

**6.3.** Seguradora e Segurada abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

## 7. DISPOSIÇÕES GERAIS

**7.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, 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 forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais

## CONDIÇÕES ESPECIAIS- COBERTURA ADICIONAL

## DOENÇAS CONGENITAS DE FILHOS

### 1. OBJETO DA GARANTIA

**1.1.** Desde que contratada, a cobertura adicional garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado Titular, em caso da ocorrência de invalidez decorrente de doença congênita do filho(a), nascido durante a vigência do seguro, cuja doença tenha sido diagnosticada até o 6º mês de vida do recém-nascido, desde que na vigência do seguro, e devidamente coberto pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído**.**

### 2. CONCEITO

**2.1.** Para fins desta Cobertura, entende-se por Doença Congênita aquelas adquiridas antes do nascimento e que necessitem de acompanhamento médico e tratamento especializado, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém-nascido, resultante de má formação do organismo, seja qual for sua causa.

**2.2.** Para fins desta Cobertura, entende-se por Invalidez por Doença Congênita de Filho aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis para o filho do Segurado Titular e que demande a permanente ajuda de terceiros., indicando que este não poderá exercer atividades remuneradas.

**2.3. Não se inclui no conceito de doença congênita de filho a má formação fetal.**

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1. Além das exclusões previstas na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos da cobertura adicional de Doenças Congênitas:**

**a) eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período**

**de gestação ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;**

**b) defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;**

**c) decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.**

**d) de aborto e suas consequências;**

**e) se quando da contratação do seguro a doença congênita do filho já for de conhecimento do segurado e este não informar, se questionado.**

**3.2. Também não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.**

## 4. CARÊNCIA E FRANQUIA

**4.1.** O período de Carência, a ser definido no Bilhete de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro .

**4.2.** O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pelo Bilhete de Seguo.

## 5. CAPITAL SEGURADO

**5.1.** Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no Bilhete de Seguro.

**5.2.** Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico médico da doença congênita do filho recém nascido do segurado coberta nestas condições especiais.

**5.2.1.** Após o nascimento do filho do segurado a doença congênita deverá ser comprovada por médico habilitado.

**5.3. Não haverá clausula de reintegração do capital segurado para esta garantia , em caso de pagamento de uma indenização, a cobertura será automaticamente cancelada.**

## 6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será sempre o próprio segurado.

## 7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**7.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

**a)** Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
**b)** Cópia da certidão de nascimento do filho do segurado principal, portador da doença congênita;
**c)** Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstâncias e evidências, acompanhados de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem;
**d)** Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

**7.2. O segurado principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela seguradora.**

**7.3. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.**

**7.4. As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho correrão por conta do segurado principal, excluídas as realizadas pela seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.**

**7.5. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.**

## 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

# CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR

## 1. OBJETO DA GARANTIA

**1.1.** Desde que contratada, garante o reembolso das despesas com funeral, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, na ocorrência de morte do segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

**1.2.** O reembolso das despesas com funeral será pago mediante entrega de comprovantes originais das respectivas despesas, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia.

## 2. DEFINIÇÕES

**Auxílio Funeral:** é o reembolso das despesas efetuadas com o sepultamento ou cremação, em caso de morte do segurado.

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constantes nas condições gerais.**

## 4. CARÊNCIA E FRANQUIA

**4.1.** O prazo de carência será de 90 (noventa) dias para esta garantia.

## 5. CAPITAL SEGURADO

**5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no Bilhete de Seguro.**

**5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data de óbito registrada em certidão de óbito.**

## 6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

**6.1.** Na garantia Auxílio Funeral Complementar do segurado, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas, comprovadas através de notas fiscais e recibos originais**.**

## 7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**7.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

**a)** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
**b)** Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
**c)** Radiografias do Segurado (quando houver);
**d)** Guia de internação hospitalar (quando houver);
**e)** Declaração médica indicando causa mortis, com firma reconhecida;
**f)** Comprovantes originais de pagamento das despesas com funeral.

**7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.**

## 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS _ COBERTURA ADICIONAL

## COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

**1.1.** Esta Cobertura, **desde que contratada,** tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de Morte do Segurado, na forma estabelecida no Bilhete de Seguro, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

### 2. RISCOS COBERTOS

**2.1.** O risco coberto por esta garantia é a morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais.

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1. Os riscos excluídos nesta cláusula são os mesmos mencionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos), constante das Condições Gerais.**

### 4. CAPITAL SEGURADO

**4.1.** O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no Bilhete de Seguro e vigente na data do evento.

**4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

### 5. CARÊNCIA

**5.1.** O prazo de carência será de 90 (noventa) dias franquia para esta garantia.

### 6. BENEFICIÁRIO

**6.1.** O pagamento do Capital Segurado será feito ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na proporção definida pelo Segurado ou, não havendo indicação, em conformidade com o disposto no Código Civil Brasileiro.

### 7. FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

**7.1.** O pagamento do Capital Segurado será feito em dinheiro, mediante pagamento de um determinado número de parcelas, ou mediante o fornecimento de Vale Alimentação disponibilizado em cartão magnético fornecido por empresa terceirizada e especializada, conforme definido no Bilhete.

**7.2.** Na hipótese de fornecimento de Vale Alimentação em cartão magnético, deverão ser observadas as seguintes condições:

**a)** A Seguradora somente providenciará a entrega do Vale Alimentação após apurada a cobertura técnica desta Cláusula, respeitados os prazos para liquidação de sinistro conforme estabelecido nas Condições Gerais.
**b)** O Vale Alimentação será entregue mediante assinatura de contra recibo por parte do Beneficiário legitimado.
**c)** O valor total do Vale Alimentação será idêntico ao valor do capital segurado devido e será dividido em 6 parcelas mensais e de igual valor, creditado mensalmente no cartão magnético para uso do Beneficiário nos estabelecimentos credenciados da operadora, conforme orientações transmitidas ao Beneficiário quando da liquidação do sinistro.
**d)** O Vale Alimentação somente será entregue e válido no Brasil.
**e)** A ocorrência de catástrofes, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários poderão eventualmente interferir no prazo de entrega do Vale Alimentação.
**f) O prazo de validade do cartão magnético do Vale Alimentação será especificado no Bilhete de Seguro.**

**7.3. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que serão também devidos os capitais de outras coberturas indicadas no Bilhete de Seguro.**

## 8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**8.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições **Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas**

**a)** Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
**b)** Cópia simples da certidão de óbito;
**c)** Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada;
**d)** Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
**e)** Cópia simples do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência;
**f)** Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
**g)** Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;
**h)** Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
**i)** Cópia autenticada do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
**j)** Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
**k)** Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
**l)** Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
**m)** Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
**n)** Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
**o)** Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
**p)** Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
**q)** Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;
**r)** Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

**8.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.**

## 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

## MODELO DE BILHETE DE SEGURO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| GENERALI | **BILHETE DE SEGURO**<br>**PRESTAMISTA** | | | | |
| Ramo: | Processo SUSEP n º | Data Emissão: | | Bilhete nº: | |
| **GENERALI BRASIL SEGUROS S.A.** | | CNPJ: | | Cód.SUSEP: | |
| Nome do Segurado: | | CPF: | | Data Nasc.: | |
| Endereço: | | | | CEP: | |
| Profissão: | Estado Civil: | Início de Vigência: | | Término de Vigência: | |
| Coberturas Contratadas | Capital Segurado | Carência | Franquia | Prêmio | Moeda |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Prazo pagamento: | Forma de Pgamento | Valor IOF | Cód.Plano | Prêmio Total | |
| **Beneficiários:** Primeiro Beneficiário o Credor, e se houver saldo os beneficiários do Segurado, indicados abaixo, caso contrário, seguirá a ordem conforme definido em legislação em vigor, e observadas as condições contratuais deste Bilhete de Seguro. Segundo Beneficiário Indicado: | | | | | |
| **Nome** | | **Parentesco** | | **Precentual** | |
| Razão Social Corretor de Seguros | | | Cód.SUSEP | | |
| **Nº Telefone Central Seguradora:** | | **Contatos SUSEP:** WWW.SUSEP.GOV.BR<br>**Tel.: (021)** | | | |
| Assinatura | | Assinatura | | | |

O registro deste plano junto à SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

**OBJETIVO DO SEGURO:** O presente Seguro tem por objetivo o de garantir o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar, total ou parcialmente, a dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, caso o Segurado venha sofrer um dos eventos cobertos previstos no Bilhete, **exceto de riscos excluídos, observadas as condições do seguro prestamista.** Entende-se como Instituição Credora, como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

**COBERTURAS:** As coberturas **passíveis** de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela GENERALI e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais. As Coberturas deste seguro dividem-se em Básicas e Adicionais, abaixo discriminadas: **COBERTURAS BÁSICAS:** Morte; Morte Acidental; Invalidez Permanente Total por Acidente; Invalidez Permamente Total ou Parcial por Acidente; Invalidez Permanente; Funcional e Total por Doença; Invalidez Permanente Laborativa e Total por Doença; Perda de Renda por Desemprego Involuntário; Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente; Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença. **COBERTURAS ADICIONAIS:** Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença; Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença; Doenças Graves; Doença Terminal; Diagnóstico de Câncer Feminino; Doença Congênita de Filho; Auxílio Funeral; Auxílio Alimentação. **Para menores de 14 anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação das Coberturas que prevejam reembolso de despesas.**

**RISCOS EXCLUÍDOS: Estão expressamente excluídos das coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência: *a)*direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear; *b)* de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de 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; *c)* qualquer tipo de doença mental**

**(quadros que envolvam patologia de origem psiquiátrica e psicológica); *d)* tratamentos médicos relacionados à hemofilia ou diálise crônica*; e)* eventos provocados por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente; *f)* de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas; *g)* de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do seguro; *h )*de 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, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem; *i)* danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública*; j)* perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; *k)* viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxilio de outrem; *l)* lesões decorrentes de elementos radioativos; *m)* da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro; *n)* de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceitado o risco; *o)* de acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto;k) danos morais e/ou estéticos; l)quaisquer tipos de perda e danos, Lucros Cessantes, interrupção de renda e pensionamento; *p)* toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do cliente, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má fé; *q)* cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores; *r)* Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil,**

**acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.**

**ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS:** As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial, exceto para as coberturas de perda de renda que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território brasileiro.

**PAGAMENTO DO PRÊMIO:** A GENERALI encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou ao seu representante legal ou, ainda, ao corretor de seguros, por expressa solicitação de qualquer um destes,observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento. O pagamento do Prêmio será realizado à vista no momento da contratação ou de forma mensal, o que não caracterizará fracionamento do pagamento de prêmio do seguro. No caso de se constatar o não pagamento do prêmio pelo Segurado, as Coberturas contratadas serão automaticamente suspensas e a GENERALI providenciará aviso ao Segurado alertando sobre a inadimplência, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, contados da data de vencimento do prêmio não pago. Se ocorrer um sinistro durante o período de suspensão das Coberturas contratadas, o Segurado e/ou Beneficiários ficarão sem direito a receber indenização. A reabilitação do Bilhete de Seguro ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a GENERALI, nesta hipótese, pelos sinistros ocorridos a partir desta data, observados os termos, limites e condições deste seguro. Caso o Segurado não regularize o pagamento do prêmio em atraso no prazo de 30 (trinta) dias a contar de seu vencimento, o Seguro será automaticamente cancelado.

**OCORRÊNCIA DE SINISTROS:** O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, exceto para as Coberturas que prevejam exclusivamente o reembolso de despesas ocasionadas por evento coberto, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, Carta Registrada ou outro meio de comunicação disponibilizado dirigida à GENERALI, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do sinistro e pagamento do Capital Segurado eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela GENERALI de toda documentação de cada Cobertura contratada**.** A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 6% (seis por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir da data da data de ocorrência do sinistro até a data do efetivo pagamento. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento. O pagamento será feito sob a forma de parcela única, por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s)

Beneficiário(s) ou Segurado no aviso de sinistro. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da GENERALI.

Independentemente dos documentos acima, a GENERALI poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento. A indenização será paga pela GENERALI diretamente a Instituição Credora, quando couber,sob a expressa condição de que este faça a quitação, amortização ou remissão da dívida ou compromisso assumido, pelo prazo contratado previsto em contrato junto ao Credor. Em caso de plano remissivo a GENERALI estará isenta de eventuais aumentos futuros, e o Credor assumirá junto aos 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.

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO:** Para liquidação de sinistro, necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) dos documentos básicos, abaixo indicados, além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: **Para qualquer sinistro:** Formulários disponibilizados pela Seguradora e devidamente preenchidos em todos os seus campos:

Formulário de aviso de sinistro; Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização/Reembolso de Despesas; Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, que comprove o vínculo com a Isntiruição Credora da dívida ou compromisso assumido com o Credor assinada, devidamente registrada,assinada e datada por ambas as partes; Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Credor; **Documentos do Segurado (cópias autenticadas):** Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor (es) de 18 anos; CPF do segurado; Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social; Comprovante de residência do Segurado. **Documentos do(s) Beneficiário(s): Quando Beneficiário o Credor: Cópia de Contrato social; Cópia autenticada de Comporovante de Endereço; Extrato de saldo de dívida ou comprovante de compromisso devidamente assinado e datado por ambas as partes. Quandohouver saldo, após o pagamento ao Credor, os beneficiários indicados, ou de acordo com a lei, os seguintes documentos dos beneficiários maior(es) de 18 anos (cópias autenticadas):** Carteira de Identidade (RG); CPF; Comprovante de residência; Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado; 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 Declaração de União Estável

registrada em cartório pelo Segurado, com data anterior à ocorrência do sinistro, com declaração de duas testemunhas atestando que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório; Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es). **Quando houver saldo, após o pagamento ao Credor, os beneficiários indicados, ou de acordo com a lei, os seguintes documentos dos beneficiários do(s) Beneficiário(s) menor(es) de 18 anos (cópias autenticadas):** Carteira de Identidade (RG); Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado; Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz; 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. **PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO:** A GENERALI não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Segurado, seu Representante ou seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do Prêmio, além de estar o Segurado, obrigado ao pagamento do Prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a GENERALI poderá:a) na hipótese de não ocorrência do sinistro: **cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou - mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.** b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros. c) 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.** A GENERALI não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros**: a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas condições;b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;c) agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.**

**COBERTURA DE MORTE:** ***Desde que contratada*** a cobertura de morte, o seu objetivo é

o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, definidos nas condições contratuais do seguro, **em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro**, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições gerais do seguro prestamista - bilhete de seguro. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

Em caso de morte natural, necessários também os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado; b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso; c) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver; d) Radiografias do Segurado (quando houver); e) Guia de internação hospitalar (quando houver); f) Declaração médica indicando *causa mortis,* com firma reconhecida.

Em caso de ocorrência de morte em razão de acidente, além dos documentos citados acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: a) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo; b) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito; c) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho(CAT), nos casos de Acidente de Trabalho; d) Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso; e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); f) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

**COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL : *Desde que contratada*** a cobertura de morte acidental, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, em caso de falecimento do segurado, durante a vigência do seguro, **em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal**, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de seguro. Para efeito desta cobertura, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte do segurado. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a

"data do evento coberto" será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada. **RISCOS EXCLUÍDOS: Observado o conceito de acidentes pessoais, e além riscos excluídos mencionados das condições gerais do seguro prestamista, estarão também excluídos da Cobertura de Morte Acidental: a) quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos; b) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros); c) contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto; d) a prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e; e)viagens em aeronaves ou embarcações: que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar; que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar; dirigidas por pilotos não legalmente habilitados. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS :** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado; Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso; Radiografias do Segurado (quando houver); Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida; Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo; Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito; Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho; Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso; Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

**COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE:** ***Desde que contratada*** a cobertura de invalidez permanente total por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, caso venha a se tornar total epermanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de Seguro. Entende-se por Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos por lesão física do segurado, comprovadas 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. Para efeito desta cobertura, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico.

| TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL 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 |

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada. **RISCOS EXCLUÍDOS: Observado o conceito de acidentes pessoais, e além riscos excluídos mencionados das condições gerais do seguro prestamista, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos; b) os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais; c) viagens em aeronaves ou embarcações: que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar; que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar; dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; d) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente; e) os acidentes médicos; f) perturbações mentais, nervosas e emocionais; g) as lesões**

**classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, Problemas Auditivos e outros; h) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores; i) perda de dentes ou danos estéticos. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) no envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens); cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); exame de corpo de delito, quando indicado; laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

**COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:** ***Desde que contratada*** a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, sendo que o valor será definido nas hipóteses e graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, caso venha a se tornar total ou parcial e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de Seguro. Entende-se por Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte e/ou morte acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de morte e/ou morte acidental,

sendo que os valores serão pagos de acordo com a claúsula de beneficiários.No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro. Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o seguro será automaticamente cancelado. **RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos relacionados das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de: Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem, salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito. OCORRÊNCIA DO SINISTRO:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) com a Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas: Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver); b) Radiografias do Segurado (quando houver); c) Guia de Internação Hospitalar (quando houver); e) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo; f) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito; g) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho(CAT), nos casos de acidente de trabalho; h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;i) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);j) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

**COBERTURA AUTÔNOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA:** ***Desde que contratada*** a cobertura autônoma de invalidez funcional permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas Cláusulas 2 e 6 destas Condições Especiais,

exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. 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 comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados nesta condição especial. Para que haja direito a esta Cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Consideram-se como Riscos Cobertos 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: Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados: Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma

das mãos associada à de um dos pés**. RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos relacionados nas Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de: 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; quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; ea doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e 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. CARÊNCIA E FRANQUIA:** A carência será de 60 (sessenta) dias dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. A franquia será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista. **OCORRÊNCIA DO SINISTRO:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) providenciando os documentos básicos - Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data exata do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nestas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado; Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante; Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida; A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética). **COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ:** A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada

por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas. A primeira é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1° 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. Para a classificação no 2° ou no 3° grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados. A segunda é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

**COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**: ***Desde que contratada*** a cobertura de invalidez laborativa permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro. Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente 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. 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. 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. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez

permanente de que tratam esta garantia. **RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos relacionados das Condições Gerais, desde que contratadas de invalidez permanente laboral por doença, não estão cobertos os eventos decorrentes de: 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; quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez laboral Permanente e 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. Não podem figurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa. CARÊNCIA E FRANQUIA:** A carência será de 60 (sessenta) dias dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. A franquia será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista. **OCORRÊNCIA DO SINISTRO:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme as Condições Gerais, providenciando os documentos básicos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença; Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante; Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social ou comprovação da atividade exercida**.** É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

**COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO :** Garante, ***desde que contratada***, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o

pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por desemprego involuntário, durante a vigência do Bilhete de seguro, observados as condições a seguir enumeradas. Perda de Renda por Desemprego Involuntário: Como "perda de renda por desemprego involuntário" entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador. Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Credor, com idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que possuam 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. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto", a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional. **RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de: a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho; b) demissão por justa causa do trabalhador segurado; c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado; d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado; e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral; f) falência; g) campanhas de demissões em massa. Considera-se "demissão em massa" o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA:** A cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro. **CARÊNCIA:** A carência será de 60 (sessenta) dias dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. **FRANQUIA:** A franquia poderá ser de no máximo 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:** em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder providenciando os documentos básicos de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais,

bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco; para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquia, estabelecido no contrato, da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia; cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização. **BENEFICIÁRIOS:** No seguro de Perda de Renda por Desemprego Involuntário cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais do seguro prestamista.

**COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE:** Garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente, durante a vigência do contrato de seguro, observada as condições a seguir enumeradas. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência a incapacidade física temporária por acidente, conforme definições das condições gerais do seguro Bilhete Prestamista. **Elegibilidade**: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados e que possuam vínculo com o Credor, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

**RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos das condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os eventos ocorridos em consequência de: a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes; b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada; c) prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei; d) hospitalização para a realização de exames de rotina; e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo; f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro; g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades; h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes; j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela Bilhete de seguro vigente; e k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA:** A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro. **CARÊNCIA:** A carência poderá será de 60 (sessenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. **FRANQUIA:** A franquia poderá será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do bilhete de seguro prestamista. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) providenciando os documentos básicos da Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo

previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento; exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples); cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda; recibo de pagamento autônomo; carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

**COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA:** Esta cobertura, ***desde que contratada***, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, durante a vigência do Bilhete de seguro, observada as condições a seguir enumeradas. Como "perda de renda por incapacidade física temporária" entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos. Para efeito desta cobertura, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência a incapacidade física temporária por acidente ou doença, conforme definição descrita nas condições gerais do seguro Bilhete Prestamista. **Elegibilidade**: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possuam vínculo com o Credor, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como "data do evento coberto", a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares. **RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os eventos ocorridos em consequência de: a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento**

**destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes; b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada; c) prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei; d) hospitalização para a realização de exames de rotina; e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo; f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro; g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades; h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes; j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela Bilhete de seguro vigente; e k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA:** A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro. **CARÊNCIA:** A carência poderá será de 60 (sessenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. **FRANQUIA:** A franquia poderá será de 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de Seguro Prestamista. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) providenciando os documentos básicos da Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento; exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples); cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda; recibo de pagamento autônomo; carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento,

do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro. **BENEFICIÁRIOS:** No seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o beneficiário será o Credor, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

**DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIH** : Esta cobertura, ***desde que contratada***, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento de parte ou todo das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, mediante o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, entendem-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais do Bilhete de Seguro. **Internação Hospitalar**: é a internação em hospital em período superior a 24(vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança. **Unidade de Terapia Intensiva UTI**: unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar. **RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos constante das condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados os eventos ocorridos em consequência de: Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo; Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente; Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias**

**modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras; Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia; Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente; Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares; Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up); Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro; Diálises, hemodiálises; Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico; Internações domiciliares (Home Care); Internações decorrentes de doenças de características reconhecidamente progressivas, crônicas ou degenerativas tais como: Mal de Alzheimer, fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas e outras doenças de caráter crônico; Internações decorrentes de acidentes ocorridos ou doenças manifestadas fora do período de garantia ou vigência do Bilhete de Seguro. CARÊNCIA E FRANQUIA:** O período de carência para esta garantia será de 60 (sessenta) dias conforme definido em Bilhete de Seguro. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal. O período de franquia para esta garantia será de 07(sete) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) providenciando os documentos básicos Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Cópia simples do CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou); Laudos e exames médicos pertinentes à doença ou lesões que vitimaram o segurado sinistrado principal; Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver); Laudo do exame toxicológico; Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente; Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado; Nota Fiscal/Fatura Originais do Hospital com o Recibo de Quitação, se houver; Resultado do exame de dosagem alcoólica;

Cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa); Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário. **BENEFICIÁRIOS DO SEGURO:** Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor do compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais

**DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIT:** Garante, ***desde que contratada***, ao segurado o pagamento de diária de incapacidade temporária, limitado ao número de diárias e o valor de cada diária, estabelecidos no Bilhete de seguro. O risco coberto desta garantia ocorre quando ficar caracterizada a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado principal no exercício da profissão ou ocupação. **DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA**: é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relacionada à sua profissão ou ocupação, causada por acidente ou doença, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite do capital segurado contratado por evento. A incapacidade do segurado poderá ser causada por acidente pessoal ou doença devidamente coberta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais. Caso o segurado seja profissional liberal ou autônomo, deve possuir comprovação de renda e atividade, observado o limite do capital segurado contratado por evento. A garantia de Diárias por Incapacidade Temporária destina-se, única e exclusivamente, a auxiliar na recomposição dos ganhos mensais do segurado afastado e não tem, consequentemente, qualquer vinculação com indenizações que, eventualmente, se tornem devida por força das demais garantias previstas no Bilhete de Seguro. Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da incapacidade e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue. Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data da invalidez. **RISCOS EXCLUÍDOS: Estão expressamente excluídos desta**

**cobertura todos os riscos definidos na Cláusula Riscos Excluídos das Condições Gerais do seguro, e ainda: Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites; Entesopatia; Entorses, distensões, contusões; Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie; Fraturas patológicas; Lesões intra-articulares de joelho; Lesões que não exijam atendimento médico; Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral); Síndromes compressivas nervosas; Qualquer tipo de hérnia e suas consequências; Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto; Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; O choque anafilático e suas consequências; Danos estéticos; Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado em decorrência de acidente coberto; Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; Doenças mentais ou psiquiátricas; Doenças ou lesões acidentais provocadas por alcoolismo ou por uso de drogas que causem dependência psicotrópica; 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. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual; Atos ou omissões do Segurado ou lesões acidentais provocadas sob o efeito de álcool ou de bebida alcoólica que determine grau de alcoolemia superior a 0,5 gramas por litro de sangue ou sob efeito de estupefacientes utilizados sem ou contra as indicações de prescrição médica, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas que causem alterações mentais ou dependência psicotrópica; Automutilações e lesões auto infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são; 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; Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança; Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.** DATA DO EVENTO:

Considera-se como data do evento a data do afastamento devidamente comprovado de suas atividades profissionais. CARÊNCIA E FRANQUIA: O limite para quantidade de diárias será estabelecido no Bilhete de Seguro, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias por evento.O período de carência para esta garantia será de 60 (sessenta) dias conforme definido em Bilhete de Seguro. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal. O período de franquia para esta garantia será de 07(sete) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) providenciando os documentos básicos da Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM; Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver; Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado; Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias por Incapacidade em prazo inferior ao estipulado no bilhete de seguro, contados da data do seu retorno do último afastamento. BENEFICIÁRIO: Para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença - DIT cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor do compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

**COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES:** ***Desde que contratada*** a cobertura de Doenças Graves, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao beneficiário, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, ou da realização de um procedimento médico coberto, nos termos destas condições, somente se o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência (diagnóstico ou procedimento) do primeiro evento coberto, observado o Período de Carência, os Riscos Excluídos e a legislação aplicável. Este seguro será cancelado automaticamente quando o (a) Segurado (a) completar 70 (setenta) anos de idade. O presente seguro

será cancelado no caso de caracterização de sinistro e pagamento do Capital Segurado contratado. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças e os procedimentos médicos abaixo relacionadas e caracterizadas, 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, e desde que o diagnóstico ou realização do procedimento ocorra durante a vigência do Seguro e após o período de Carência . Para efeito deste seguro, são consideradas doenças graves: a) 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 líquor, bem como atestado por laudo médico. b) 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 malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anátomo-Patológico para sua classificação definitiva. c) Cirurgia Coronariana Tipo “Bypass”: cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), 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. d) Infarto agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sangüíneo 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: História de dores torácicas típicas; Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q); Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB); e Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB. e) 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. f) 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. Estas doenças ou condições físicas poderão ser identificadas pela Seguradora através de todos os meios

de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive os prontuários médico-hospitalares em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais. **RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula nº 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cobertura de Câncer os seguintes eventos: carcinomas não invasivos "in situ" (incluindo displasia cervical) e outras lesões pré-neoplásicas; carcinoma baso-celular e hiperqueratoses; carcinoma de células escamosas de pele, exceto quando se tratar de disseminação em outros órgãos; sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS; 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; leucemia linfática crônica; 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. Estão expressamente excluídos da Cobertura de Infarto os seguintes eventos: os infartos do miocárdio antigos demonstrados através do Eletrocardiograma (ECG); qualquer angina do peito, incluindo, mas não se limitando, a angina estável e instável e angina decúbito; infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG, com elevação da troponina "I" ou "T" e; outras síndromes coronarianas agudas. Estão,a inda, expressamente excluídos da Cobertura de Acidente Cerebral Vascular os seguintes eventos: ataques isquêmicos transitórios; qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular; injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma; hemorragia cerebral causada por acidente; hemorragia cerebral causada por tumores; hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro; obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e sintomas neurológicos causado por enxaquecas. Estão, ainda, expressamente excluídos da Cobertura de Cirurgia Coronariana tipo "bypass" os seguintes eventos: angioplastia; outros procedimentos intra-arteriais; cirurgia tipo "key-hole" (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas. Estão,ainda, expressamente excluídos da Cobertura de Transplante Total de Órgãos os seguintes eventos: transplantes dos demais órgãos não listados nestas Condições Gerais; transplante de tecido; transplante de células tronco; transplante de células-beta do pâncreas; auto-transplante; e quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.** CARÊNCIA: O período de Carência, a ser definido no Bilhete de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro . O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pelo Bilhete de Seguo. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciarem a Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de

cópias, essas deverão ser autenticadas: comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos); laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia; laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso). A ocorrência do sinistro decorrente de Infarto Agudo do Miocárdio será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos: comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos); laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso. A ocorrência do sinistro decorrente de Acidente Vascular Cerebral será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos: comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos); laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cerebrospinal). A ocorrência do sinistro decorrente de Cirurgia Coronariana tipo “by-pass" será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos: comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos); laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca. A ocorrência do sinistro decorrente de Insuficiência Renal Terminal será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos: comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos); laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia; exames complementares apropriados. A ocorrência do sinistro decorrente de Transplante de Órgãos será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos: comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos); laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão. Considera-se a data do evento, a data do diagnóstico da doença devidamente comprovada. Somente haverá garantia para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro individual, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma, acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas. O pagamento de qualquer indenização decorrente da garantia de doenças graves significa o cancelamento imediato do seguro.

**COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL:** ***Desde que contratada***, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao beneficiário, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao

capital segurado contratado, caso o segurado se torne um “doente em fase terminal” e que o estágio de sua doença esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, , exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais. É considerado “doente em fase terminal” o segurado cujo quadro clínico caracterize um estado de saúde gravíssimo, de comprometimento sistêmico crítico, sem qualquer possibilidade de recuperação com o recursos médico-terapêuticos disponíveis e para o qual seus médicos assistentes não admitam qualquer possibilidade e/ou esperança de reversibilidade, que indique uma sobrevida de, no máximo, 6 (seis) meses sendo o segurado considerado, desta forma, fora dos limites normais de sobrevivência. CARÊNCIA: O período de Carência, a ser definido no Bilhete de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro . O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pelo Bilhete de Seguo. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciarem a Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:Documentos necessários para liquidação de sinistros: Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido; Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado; Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas; Cópia autenticada da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver); Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal; Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários; Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários; Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários; Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos; Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído do Seguro.

**DIAGNOSTICO DE CÂNCER FEMININO:** ***Desde que contratada***, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao beneficiário, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao capital segurado contratado, caso a segurada tenha de primeiro diagnostico positivo de câncer de mama ou útero, e que esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais. Considera-se a

data do evento, a data do primeiro diagnostico da doença devidamente comprovada. Esta cobertura será cancelada automaticamente quando a Segurada completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade. Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino coberto:Entende-se por câncer de mama as lesões neoplásicas 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, certificadas e comprovadas como malignas, através de métodos complementares de diagnóstico de certeza. Câncer de Mama: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno na(s) mama(s) e caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. Diagnóstico de Câncer de Útero: Doença que se manifesta pela 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. Esta cláusula prevê uma única indenização, que será concedida em função do diagnóstico coberto de neoplasia maligna de mama ou útero, independente do número de lesões diagnosticadas e de mamas atingidas.Após o pagamento da indenização, a Segurada será automaticamente excluída do Seguro. **RISCOS EXCLUÍDOS:** Além dos riscos excluídos das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cobertura de Câncer os seguintes eventos: doenças e manifestações clínicas de qualquer espécie afetando a mama masculina; doença de qualquer espécie que afete a(s) mama(s) supranumerária(s); quaisquer outras doenças da mama não incluídas no conceito de “câncer de mama”, inclusas as lesões pré-malígnas, em qualquer estágio de evolução; 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”; o câncer in situ não invasivo do colo do útero e corpo uterino e qualquer tumor na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana; doenças, mesmo que as incluídas no conceito de “câncer de mama”, que se manifestem como conseqüência de complicações, degenerações ou seqüelas 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. Uso intencional ou não de drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos ou de substâncias tóxicas comprovadamente reconhecidas como cancerígenas, mesmo que sob prescrição médica; Manuseio e exposição a material nuclear para quaisquer fim, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como, contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes, inclusive para fins terapêuticos. CARÊNCIA E FRANQUIA: O período de Carência, a ser definido

no Bilhete de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro . O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pelo Bilhete de Seguo. Não haverá franquia para esta garantia. AVISO DE SINISTRO E DOCUMENTOS ESPECÍFICOS: Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciarem a Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: formulário de aviso de sinistro específico, devidamente preenchido; exames de imagem (ultra-sonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e/ou outros exames assemelhados); resultado de exame anatomopatológico e de estudo histopatológico; relatórios médicos que datem da época do diagnóstico; relatório médico descrevendo: tipo de neoplasia, estadiamento, características do estágio evolutivo atual da doença neoplásica; Entende-se por confirmação da doença a data da firmação do primeiro diagnóstico; Entende-se por época do diagnóstico todo o período desde o início dos primeiros exames até a sua firmação. Além desses documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de duvida fundada e justificável.

**DOENÇAS CONGENITAS DE FILHOS:** Desde que contratada, a cobertura adicional garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado Titular, em caso da ocorrência de invalidez decorrente de doença congênita do filho(a), nascido durante a vigência do seguro, cuja doença tenha sido diagnosticada até o 6º mês de vida do recém-nascido, desde que na vigência do seguro, e devidamente coberto pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído. Para fins desta Cobertura, entende-se por Doença Congênita aquelas adquiridas antes do nascimento e que necessitem de acompanhamento médico e tratamento especializado, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém-nascido, resultante de má formação do organismo, seja qual for sua causa. Para fins desta Cobertura, entende-se por Invalidez por Doença Congênita de Filho aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis para o filho do Segurado Titular e que demande a permanente ajuda de terceiros., indicando que este não poderá exercer atividades remuneradas. Não se inclui no conceito de doença congênita de filh**o a má formação fetal. RISCOS EXCLUÍDOS: Além das exclusões previstas das Condições Gerais do seguro, serão considerados riscos excluídos da cobertura adicional de Doenças Congênitas: eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde; defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada; decorrentes do mau uso**

**ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde. de aborto e suas consequências; se quando da contratação do seguro a doença congênita do filho já for de conhecimento do segurado e este não informar, se questionado.Também não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.** CARÊNCIA E FRANQUIA: O período de Carência, a ser definido no Bilhete de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro . O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pelo Bilhete de Seguo. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciarem Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido; Cópia da certidão de nascimento do filho do segurado principal, portador da doença congênita; Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstâncias e evidências, acompanhados de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem; Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário. O segurado principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela seguradora. As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho correrão por conta do segurado principal, excluídas as realizadas pela seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.

**AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR:** Garante, ***desde que contratada***, o reembolso das despesas com funeral, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, na ocorrência de morte do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais. O reembolso das despesas com funeral será pago mediante entrega de comprovantes originais das respectivas despesas, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia. Auxílio Funeral: é o reembolso das despesas efetuadas com o sepultamento ou cremação, em caso de morte do segurado. **RISCOS EXCLUÍDOS: Os riscos excluídos nesta cláusula são os mesmos constantes das Condições Gerais.** CARÊNCIA E FRANQUIA: Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciarem os documentos da Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Cópia da Certidão de Óbito do Segurado; Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver; Radiografias do Segurado

(quando houver); Guia de internação hospitalar (quando houver); Declaração médica indicando causa mortis, com firma reconhecida; Comprovantes originais de pagamento das despesas com funeral.

**COBERTURA DE CESTA BÁSICA:** Esta Cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de Morte do Segurado, na forma estabelecida no Bilhete de Seguro, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais. **RISCOS EXCLUÍDOS: Os riscos excluídos nesta cláusula são os mesmos constantes das Condições Gerais.**FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO: O pagamento do Capital Segurado será feito em dinheiro, mediante pagamento de um determinado número de parcelas, ou mediante o fornecimento de Vale Alimentação disponibilizado em cartão magnético fornecido por empresa terceirizada e especializada, conforme definido no Bilhete.Na hipótese de fornecimento de Vale Alimentação em cartão magnético, deverão ser observadas as seguintes condições:A Seguradora somente providenciará a entrega do Vale Alimentação após apurada a cobertura técnica desta Cláusula, respeitados os prazos para liquidação de sinistro conforme estabelecido nas Condições Gerais. O Vale Alimentação será entregue mediante assinatura de contra recibo por parte do Beneficiário legitimado. O valor total do Vale Alimentação será idêntico ao valor do capital segurado devido e será dividido em 6 parcelas mensais e de igual valor, creditado mensalmente no cartão magnético para uso do Beneficiário nos estabelecimentos credenciados da operadora, conforme orientações transmitidas ao Beneficiário quando da liquidação do sinistro. O Vale Alimentação somente será entregue e válido no Brasil. A ocorrência de catástrofes, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários poderão eventualmente interferir no prazo de entrega do Vale Alimentação. O prazo de validade do cartão magnético do Vale Alimentação será especificado no Bilhete de Seguro. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que serão também devidos os capitais de outras coberturas indicadas no Bilhete de Seguro. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciarem os documentos básicos da Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido; Cópia simples da certidão de óbito; Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada; Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas; Cópia simples do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência; Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por

todos os herdeiros e com firma reconhecida; Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal; Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou); Cópia autenticada do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa); Cópia simples do laudo cadavérico do IML; Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver); Cópia simples do laudo de exame toxicológico; Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica; Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários; Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários; Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários; Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos; Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário

**Disposição Gerais:**

**JUNTA MÉDICA:** No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura securitária, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente no Bilhete do Seguro, será proposta pela GENERALI, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela GENERALI, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados.O prazo de constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo Segurado. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão rateados de forma igualitária entre o Segurado e a GENERALI.

**CAPITAL SEGURADO: Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**

**INFORMAÇÃO DE BILHETES DE SEGURO:** Este seguro, em função da existência de Coberturas que permitam o reembolso de despesas e indenizam perda de renda, *e desde que contratadas*, prevê em suas condições a cláusula de informação de Bilhetes de Seguro, portanto o Segurado que, não informar quando da contratação, ou que tenha pleiteado para mais de uma seguradora a indenização sobre os riscos, e não informado a todas as Sociedades Seguradoras e/ou operadoras perderá o direito à indenização. Na ocorrência de sinistro contemplado por Coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições: I – será calculada a indenização individual de cada Cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se,

quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da Cobertura e cláusulas de rateio; II – será calculada a "indenização individual ajustada" de cada Cobertura, na forma abaixo indicada: a) se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de capital, a indenização individual de cada Cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia do seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas. b) caso contrário, a "indenização individual ajustada" será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste item;

III – será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Bilhetes de Seguro, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II. IV - se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao Prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver; V – se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida