



GENERALI
Brasil Seguros

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PRODUTO COLETIVO

PRESTAMISTA

Versão_ 201604

Processo SUSEP nº: 15414.001898/97-18



Sumário

CONDIÇÕES GERAIS	10
1. OBJETIVO DO SEGURO	10
2. DEFINIÇÕES	10
3. COBERTURAS	14
4. RISCOS EXCLUÍDOS	15
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	16
6. GRUPO SEGURÁVEL	16
7. GRUPO SEGURADO	17
8. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	17
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	18
10. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	19
11. INCLUSÃO DE SEGURADOS	20
12. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS	20
13. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL	21
14. CARÊNCIAS E FRANQUIAS	21
15. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S).....	22
16. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	22
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL E DO PRÊMIO	22
18. CUSTEIO DO SEGURO	23
19. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO	23
20. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO.....	23
21. PAGAMENTO DO PRÊMIO	24
22. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	25
23. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	26
24. JUNTA MÉDICA.....	27
25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA	28
26. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	28
27. CANCELAMENTO DO SEGURO	29
28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	29
29. PRESCRIÇÃO	30
30. MOEDA	30
31. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	30
32. FORO CONTRATUAL	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS	31
COBERTURA DE MORTE.....	31
1. OBJETIVO DA COBERTURA	31

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
PRESTAMISTA COLETIVO



2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	31
3.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	31
4.	CAPITAL SEGURADO	31
5.	PRÊMIO	31
6.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	31
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	31
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	32
CONDIÇÕES ESPECIAIS		33
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL		33
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	33
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	33
3.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	33
4.	CAPITAL SEGURADO	33
5.	PRÊMIO	34
6.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	34
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	34
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS		35
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE		35
1.	OBJETIVO DO SEGURO	35
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	35
3.	DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ	36
4.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	36
5.	CAPITAL SEGURADO	36
6.	PRÊMIO	36
7.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	37
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	37
9.	DISPOSIÇÃO FINAL	37
CONDIÇÕES ESPECIAIS		38
COBERTURA AUTÔNOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA		38
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	38
2.	DEFINIÇÕES	38
3.	CONCEITOS	39

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
PRESTAMISTA COLETIVO



4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	40
5.	CAPITAL SEGURADO	41
6.	CARÊNCIA	41
7.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	41
8.	COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ.....	42
9.	PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	44
10.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	45
11.	PRÊMIO	45
12.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	45
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	45
CONDIÇÕES ESPECIAIS		46
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE.....		46
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	46
2.	DEFINIÇÕES	46
3.	CONCEITOS	47
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	48
5.	CAPITAL SEGURADO	49
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	49
7.	COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ.....	49
8.	PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	52
9.	CARÊNCIA	52
10.	INÍCIO DE VIGÊNCIA	52
11.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	52
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	53
CONDIÇÕES ESPECIAIS		54
COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA		54
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	54
2.	CONCEITOS	54
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	54
4.	CAPITAL SEGURADO	55
5.	CARÊNCIA E FRANQUIA	55
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	55



7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	55
8.	PRÊMIO	56
9.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	56
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	56
	CONDIÇÕES ESPECIAIS	57
	COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO	57
1.	OBJETIVO DO SEGURO	57
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	57
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	57
4.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	57
5.	CAPITAIS SEGURADOS	58
6.	PRÊMIO	58
7.	CARÊNCIA	58
8.	FRANQUIA	58
9.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	58
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	58
11.	ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES.....	59
12.	BENEFICIÁRIOS	59
13.	CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	59
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	60
	CONDIÇÕES ESPECIAIS	61
	COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE.....	61
1.	OBJETIVO DO SEGURO	61
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	61
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	62
4.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	62
5.	CAPITAIS SEGURADOS	62
6.	PRÊMIO	62
7.	CARÊNCIA	62
8.	FRANQUIA	62
9.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	63
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	63

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
PRESTAMISTA COLETIVO



11.	PERÍCIA MÉDICA.....	63
12.	ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES.....	63
13.	BENEFICIÁRIOS.....	64
14.	CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	64
15.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	64
CONDIÇÕES ESPECIAIS		65
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA.....		65
1.	OBJETIVO DO SEGURO	65
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	65
3.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	66
4.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	66
5.	CAPITAIS SEGURADOS	66
6.	PRÊMIO	66
7.	CARÊNCIA	66
8.	FRANQUIA	66
9.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	66
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	67
11.	PERÍCIA MÉDICA.....	67
12.	ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES.....	67
13.	BENEFICIÁRIOS.....	67
14.	CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	68
15.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	68
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURAS ADICIONAIS		69
DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIH.....		69
1.	OBJETO DA GARANTIA	69
2.	DEFINIÇÕES	69
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	69
4.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	70
5.	CARÊNCIA E FRANQUIA	70
6.	CAPITAL SEGURADO	70
7.	PRÊMIO	70
8.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	70

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
PRESTAMISTA COLETIVO



9.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	70
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	71
11.	CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	71
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	72
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL		73
DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIT		73
1.	OBJETO DA COBERTURA	73
2.	DEFINIÇÕES	73
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	73
4.	DATA DO EVENTO.....	74
5.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	74
6.	CARÊNCIA E FRANQUIA	74
7.	CAPITAL SEGURADO	75
8.	PRÊMIO	75
9.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	75
10.	PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE.....	75
11.	BENEFICIÁRIO.....	77
12.	CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	77
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	77
CONDIÇÕES ESPECIAIS- COBERTURA ADICIONAL		78
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES		78
1.	OBJETIVO DO SEGURO	78
2.	COBERTURAS	78
3.	CONDIÇÕES DE COBERTURA.....	79
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	79
5.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	80
6.	CAPITAL SEGURADO	80
7.	PRÊMIO	81
8.	CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	81
9.	CARÊNCIA	81
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	81
11.	BENEFICIÁRIO.....	82

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
PRESTAMISTA COLETIVO



12. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	83
CONDIÇÕES ESPECIAIS- COBERTURA ADICIONAL	84
COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL.....	84
1. OBJETO DA GARANTIA	84
2. CAPITAL SEGURADO	84
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	84
4. CARÊNCIA	84
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	85
6. BENEFICIÁRIO.....	85
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	85
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL	86
DIAGNOSTICO DE CÂNCER FEMININO.....	86
1. OBJETIVO	86
2. CONCEITOS	86
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	86
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	87
5. AVISO DE SINISTRO E DOCUMENTOS ESPECÍFICOS	87
6. PERÍCIA/JUNTA MÉDICA	87
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	88
CONDIÇÕES ESPECIAIS- COBERTURA ADICIONAL	89
DOENÇAS CONGENITAS DE FILHOS	89
1. OBJETO DA GARANTIA	89
2. CONCEITO	89
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	89
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	89
5. CAPITAL SEGURADO	89
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	90
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	90
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	90
CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL	91
AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR	91
1. OBJETO DA GARANTIA	91
2. DEFINIÇÕES	91

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
PRESTAMISTA COLETIVO



3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	91
4.	CARÊNCIA E FRANQUIA	91
5.	CAPITAL SEGURADO	91
6.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	91
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	91
8.	CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	92
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	92
CONDIÇÕES ESPECIAIS _ COBERTURA ADICIONAL		93
COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO		93
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	93
2.	RISCOS COBERTOS	93
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	93
4.	CAPITAL SEGURADO	93
5.	CARÊNCIA	93
6.	BENEFICIÁRIO.....	93
7.	FORMAS DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	93
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	94
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	94
CONDIÇÕES ESPECIAIS		95
CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO		95
1.	DEFINIÇÕES	95
2.	PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO	95
3.	CRITÉRIOS DA APURAÇÃO	95
4.	CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO	96

A Generali Brasil Seguros S.A. institui o Seguro de Pessoas - Plano Coletivo – Prestamista ou Remissivo, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

1.2. Entende-se como Credor, a Estipulante do contrato de seguro, 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 pago ao Estipulante ou ao Credor, o capital segurado será estabelecido como um múltiplo do valor correspondente ao compromisso assumido, por meio do qual o Estipulante manterá a permanência o vínculo e contrato particular do Segurado e/ou seus dependentes garantidos, por tempo determinado, sem custo ou ônus adicional.

2. DEFINIÇÕES

Aceitação do Risco: ato de aprovação pela GENERALI da Proposta de Contratação efetuada pelo Proponente Estipulante, 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC,**

- ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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.

Apólice de Seguro: contrato de seguro, firmado entre o Estipulante e a SEGURADORA, formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação, sendo composto pelas respectivas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do Segurado, da Seguradora e do(s) Beneficiário(s).

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.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à GENERALI assim que dele tenha conhecimento. É o documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao Estipulante, 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 o próprio Estipulante 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.

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

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga aos beneficiários pela GENERALI em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Contratação e Adesão do Seguro, preenchida e assinada pelo Estipulante.

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.

Certificado Individual do Seguro: documento destinado ao Segurado, emitido pela GENERALI quando da aceitação, renovação, alteração de valores do Capital Segurado ou prêmio do Seguro.

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PRESTAMISTA COLETIVO



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

Condições Contratuais: representam as Condições Gerais e Condições Especiais de um mesmo seguro, incluindo aquelas previstas na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

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

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade GENERALI, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

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 Estipulante e a GENERALI, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixa os direitos e obrigações da GENERALI, do Estipulante, 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 GENERALI.

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.

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

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

Declaração Pessoal de Saúde: documento formal e legal incluso na Proposta de Adesão em que o Proponente 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 GENERALI 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.

Endosso: documento expedido pela GENERALI, a pedido do Estipulante e/ou Segurado, durante a vigência da Apólice, pelo qual a GENERALI aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

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 contrato de seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à GENERALI em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

Franquia: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

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

Grupo Segurável: aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

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

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 GENERALI 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.

Proponente: pessoa física ou jurídica interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva, por meio do preenchimento da Proposta de Adesão, e que passará a condição de segurado somente após sua aceitação pela seguradora, com devido pagamento do prêmio correspondente.

Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física vinculada ao Estipulante, expressa a intenção de contratar Cobertura(s), declarando ter tido prévio e pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

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

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

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

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

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

Renovação: recondução da Apólice de Seguro por novo período, geralmente por meio da emissão de nova Apólice, 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 pela apólice de seguro.

Saldo Devedor: é o valor das parcelas vincendas da operação realizada pelo Segurado junto ao Estipulante, apurado na data do sinistro, e, quando for o caso, respeitado o limite de responsabilidade da GENERALI 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 contrato de seguro.

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

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

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

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:

3.1.1. COBERTURAS BÁSICAS

- Morte
- Morte Acidental
- Invalidez Permanente Total por Acidente
- Invalidez Permanente Funcional e Total por Doença – Autônoma
- Invalidez Permanente Funcional e Total por Doença – Antecipação
- 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
- Auxílio 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 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) de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;**
- d) da morte do Segurado provocada por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;**

- e) de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do seguro;
- f) 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;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à GENERALI comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- i) da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;
 - i.1.) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, tal exclusão se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;
- j) 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 GENERALI e esta tenha expressamente aceitado o risco;
- k) de acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto.

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. GRUPO SEGURÁVEL

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

6.2. Quando o adquirente da dívida ou compromisso for pessoa jurídica, todos os sócios, pessoas físicas, figurarão como seguráveis com o **capital** segurado proporcional a participação acionária na empresa de cada um, conforme contrato social, desde que estejam em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde, e tenham idade máxima conforme estabelecido no contrato.

6.3. A pessoa jurídica, adquirente de cota de financiamento, desde que se manifeste expressamente, poderá determinar por ocasião da contratação do seguro que o segurado será o sócio majoritário da empresa, desde que observados os critérios de aceitação definidos no subitem 6.2.

6.4. Quando houver participação igualitária entre os sócios, prevalecerá o sócio mais velho desde que esteja em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde, e tenham idade máxima conforme estabelecido no contrato, na data de adesão ao seguro. No caso de haver coincidência entre datas de nascimento dos sócios será considerado aquele definido pelo estipulante.

6.4.1. Caso o mais velho não cumpra com as condições de aceitação, considerar-se-à o 1º (primeiro) sócio

subsequente mais velho e assim sucessivamente.

6.5. No caso de não aceitação de um dos sócios no seguro em decorrência do disposto no item 12 prevalecerá o valor das cotas dos demais sócios para a contratação do seguro, desconsiderando o valor da dívida do sócio não aceito na contratação do capital segurado.

6.6. É facultada à GENERALI a solicitação, a qualquer tempo, da apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

7. GRUPO SEGURADO

É o conjunto dos componentes do Grupo Segurável, desde que aceitos e incluídos na Apólice, cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas Cláusulas 11 (Inclusão de Segurados) e 12 (Condição para Aceitação Individual de Segurados) destas Condições Gerais.

8. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

8.1. Recebida a Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e/ou Corretor de seguros, após a aceitação do risco pela GENERALI, será emitida a Apólice, com as respectivas Condições Gerais e Especiais, sendo que:

- a) a inclusão dos proponentes será feita por meio do envio pelo Estipulante de documento eletrônico contendo, no mínimo, nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do capital segurado e prêmio;
- b) as informações solicitadas no item “a” desta Cláusula deverão ser acompanhadas das respectivas Propostas de Adesão, devidamente preenchidas e assinadas por cada proponente, em que declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais;
- c) cada Proposta de Adesão deverá conter os elementos essenciais à análise e aceitação do risco;
- d) a GENERALI fornecerá ao Estipulante o protocolo que identificará as propostas por ela recepcionadas, com indicação da data e hora de seu recebimento, e procederá à análise de aceitação ou recusa, de acordo com a Cláusula 12 (Condição para Aceitação Individual de Segurados) destas Condições.

8.2. Após a implantação do seguro, o Estipulante deverá encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de Segurados) à GENERALI, em formato a ser definido nas Condições Contratuais, com os respectivos dados antes mencionados, inclusive as alterações de capitais para análise de aceitação.

8.3. No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a GENERALI deverá, no prazo de 15 (quinze) dias, comunicar por escrito ao Estipulante informando o(s) motivo(s) da recusa e:

- a) caso tenha havido pagamento antecipado do Prêmio, o valor será restituído ao proponente, por intermédio do Estipulante, ou ao próprio Estipulante, quando este for responsável pelo custeio integral do seguro, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa;
- b) o valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido nestas Condições Gerais, a contar da data da formalização da recusa até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação vigente.

8.4. O Estipulante tem como obrigação durante a vigência da Apólice:

- a) fornecer para a GENERALI todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a GENERALI informada a respeito das informações dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como qualquer evento que possa no futuro acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitada, qualquer informação relativa ao Contrato de Seguro;

- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no documento de cobrança, quando este for de responsabilidade do Segurado, no caso de seguros contributários;
- e) repassar os prêmios para a GENERALI nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da GENERALI responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- h) comunicar de imediato à GENERALI tão logo tome conhecimento a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar o nome da GENERALI, bem como o percentual de participação das congêneres no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Estipulante;
- m) pagar os prêmios vencidos nos seguros não contributários; e
- n) não incluir no grupo segurado pessoas que não possuam condição de ingresso na Apólice, sob pena de arcar com as consequências deste ato.

8.5. Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante aditivo/proposta assinada pelo Estipulante ou seu Representante Legal, ressalvada a questão de alterações de capital ou Beneficiários, que somente poderão ser efetuadas mediante autorização por escrito do Segurado.

8.5.1. Qualquer alteração que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados dependerá da anuência expressa de 75% (setenta e cinco por cento) do Grupo Segurado.

8.6. Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito com a concordância das partes contratantes.

8.6.1. Para todos os efeitos de direito, a GENERALI somente tomará conhecimento das circunstâncias expressamente declaradas pelo Estipulante na Proposta de Contratação e pelo Proponente Segurado na Proposta de Adesão.

8.6.2. O Estipulante não poderá ceder a carteira para terceiros sem a prévia e expressa anuência da Seguradora. Caso a Seguradora concorde com a cessão, o Estipulante permanecerá co-obrigado junto ao cessionário pela liquidação de cada contrato cedido e ocorrendo o evento coberto pelo presente seguro, continuará a Seguradora responsável pela liquidação dos respectivos capitais segurados, continuando o Estipulante como o primeiro ou único beneficiário do seguro, de acordo com as condições contratuais.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

9.1. A Vigência do seguro poderá ser anual ou pluriannual e o respectivo período será definido na Apólice.

9.2. O início de Vigência é contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data constante na Apólice de seguro emitida pela GENERALI e seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado como final do contrato, inclusive no Certificado e Endossos correspondentes.

9.3. A GENERALI providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a partir da data da aceitação.

9.4. A Proposta de Contratação recebida sem adiantamento de Prêmio terá o seu início de Vigência de Cobertura na data de aceitação da Proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice.

9.5. A Proposta de Contratação recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento do Prêmio, desde que aceita, terá seu início de Vigência na data em que a GENERALI receber a proposta assinada pelo Proponente/Estipulante.

9.6. Na Renovação da Apólice, deverá ser observado:

9.6.1. Caso haja na Renovação da Apólice, alteração que implique em ônus, deveres ou redução de direitos aos Segurados, a concretização da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) do Grupo Segurado.

9.6.2. A Apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na Cláusula 27 destas Condições Gerais.

9.6.3. Feita uma Renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos.

9.6.4. A Renovação automática a que se refere o item 9.6.2 desta Cláusula não se aplicará quando a GENERALI ou o Estipulante comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias do final de Vigência da Apólice.

9.6.5. Caso a GENERALI não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de Vigência da Apólice.

9.6.6. A GENERALI fornecerá ao Estipulante, seu representante e/ou corretor de seguros, protocolo que identifique a Proposta de renovação por ela recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

9.6.7. Para a Proposta de Renovação, aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 8 destas Condições Gerais.

9.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a GENERALI a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice, ou estabelecer novas condições de Renovação do seguro.

10. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

10.1. O índice de adesão é a relação entre o número de Segurados e o total de componentes do Grupo Segurável.

10.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso na Proposta de Contratação e nas respectivas Condições Contratuais.

11. INCLUSÃO DE SEGURADOS

Serão incluídos no seguro somente os Segurados, conforme autorização na Proposta de Adesão, desde que observadas as condições de aceitação determinadas na Apólice e nestas Condições Gerais.

12. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS

12.1. Somente poderão ser incluídas no seguro pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que, na data estabelecida para início de vigência do risco individual:

- a) estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa, sendo que as Condições Contratuais poderão prever a possibilidade de ingresso de aposentados por tempo de serviço ou idade;
- b) não estejam afastados do trabalho, independentemente do motivo; e
- c) tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência individual do seguro.

12.2. A inclusão do proponente individual no seguro far-se-á mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, contendo no mínimo, além dos dados pessoais, o número do CPF, RG ou outro documento oficial com validade no território nacional, o plano escolhido com as respectivas coberturas, prêmios devidos, período de cobertura, declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais do seguro, Declaração Pessoal de Saúde, se a seguradora julgar necessário, indicação de seu(s) Beneficiário(s), existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares, bem como as demais informações previstas nestas Condições Gerais.

12.2.1. Os Proponentes portadores de deficiência deverão ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da GENERALI.

12.2.2. A Proposta de Adesão será recepcionada pela GENERALI mediante protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, fará a análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos.

12.3. Recebida a Proposta de Adesão com todos os dados obrigatórios preenchidos e entregues, a mesma será integralmente aceita abrangendo todas as coberturas, caso a GENERALI sobre ele não se manifeste formalmente, ao Proponente ou ao Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

12.4. O prazo de 15 (quinze) dias da cláusula 12.3 será suspenso se a GENERALI solicitar a apresentação de novos documentos ou informações complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Adesão.

12.5. Para efeito de análise dos riscos, além do preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde (DPS), se houver, a GENERALI reserva-se o direito de exigir do Proponente, sempre que julgar necessário, informações sobre sua situação financeira e relatório médico, acompanhado de exames complementares dos últimos 6 (seis) meses, respeitadas as disposições dos itens 12.4 e 12.6.1 destas Condições Gerais.

12.6. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for entregue a documentação adicional solicitada.

12.6.1. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ser feita apenas uma vez pela GENERALI.

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

12.6.3. A GENERALI deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade GENERALI, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

12.7. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

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

12.8.1. Em havendo o agravamento intencional do risco por parte do Segurado, ocorrerá perda de direito às coberturas previstas na Apólice, mesmo que decorrente de risco previsto, coberto e indenizável.

12.9. As Condições Contratuais estabelecerão se os aposentados poderão ser incluídos no seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez.

12.10. Somente poderão ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastadas do trabalho, com o devido pagamento do Prêmio, na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.

12.11. Para os Segurados, admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de doença, deverá haver o recolhimento dos Prêmios normalmente à GENERALI.

13. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL

13.1. A determinação do início de vigência do risco individual, conforme Cláusula 12 e os seus subitens, dependerá das seguintes condições:

- a) os Certificados ou Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles indicadas;
- b) a Proposta de Adesão recepcionada sem adiantamento de prêmio terá o seu início de vigência de cobertura na data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;
- c) a Proposta de Adesão recepcionada com adiantamento de prêmio terá seu início de vigência na data em que a GENERALI receber a Proposta assinada pelo Proponente.

13.2. No início de cada Vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes (renovações), a GENERALI providenciará a emissão e o envio do Certificado de seguro, com os nomes dos Segurados, data de início e final de Vigência do seguro, Capital Segurado, Prêmio de cada Cobertura, Prêmio total, além das demais informações determinadas pela Susep.

13.3. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada.

14. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

14.1. A GENERALI pode estabelecer Carência ou Franquia para determinadas Coberturas, as quais deverão ser expressamente indicadas na Apólice e nas Condições Contratuais.

14.1.1. Adotada a carência, ao Estipulante e/ou Segurado fica assegurada a prorrogação automática da Apólice

por período no mínimo correspondente à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela GENERALI por impossibilidade de manutenção do Grupo Segurado nos termos do disposto na Cláusula 27 destas Condições Gerais. O prazo de carência não poderá ser superior a 2 (dois) anos, nem poderá exceder à metade do prazo de Vigência da Apólice.

14.1.2. 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.

15. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S)

15.1. O primeiro Beneficiário será o próprio Estipulante pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado.

15.2. A diferença que ultrapassar o saldo será paga ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) designado(s), caso contrário, conforme a lei.

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

15.3. A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade e se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

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

15.5. Se a GENERALI não for notificada até o período estabelecido no item 15.4 desta Cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

15.6. 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.

16. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

16.1. Para fins deste seguro, o Capital Segurado estabelecido no Certificado Individual e nas condições contratuais do seguro coletivo é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, de acordo com as Condições Contratuais do seguro.

16.2. O Capital Segurado para cada Cobertura contratada pelo Segurado será estabelecido no Certificado Individual e na Apólice.

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

16.4. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do Capital Segurado, por meio do envio de Proposta de alteração, ficando a critério da GENERALI sua aceitação ou não de acordo com as Cláusulas 12 e 13 destas Condições Gerais, procedendo, se aceita a proposta, à alteração do Prêmio, quando couber.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL E DO PRÊMIO

17.1. 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 a Estipulante, devidamente comprovada por documento assinado entre as partes.

17.2. A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

17.3. O Capital Segurado e por consequência, o respectivo Prêmio, serão atualizados monetariamente a cada aniversário da Apólice para todos os Segurados do Grupo Segurado, com base na variação ou índice definido no contrato firmado de compromisso assumido com a estipulante, ou com base na variação acumulada do índice indicado na cláusula 17.4, 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 na Apólice.

17.4. Para efeito de atualização monetária, será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE).

17.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) ou qualquer outro índice que vier a substituí-lo.

18. CUSTEIO DO SEGURO

18.1. Para fins deste seguro e de acordo com a Proposta de Contratação, o custeio pode ser:

- a) Não Contributário:** é o seguro em que os Segurados não pagam o Prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento integralmente sobre o Estipulante. Neste tipo de seguro, serão incluídos na Apólice todos os componentes do Grupo Segurável que preencherem e assinarem a Proposta de Adesão, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas;
- b) Contributário:** é o seguro em que os Segurados pagam o Prêmio, total ou parcialmente. Neste tipo de seguro, serão incluídos na Apólice somente os componentes do Grupo Segurável que preencherem e assinarem Proposta de Adesão, requerendo expressamente sua inclusão e forem aceitos no seguro.

19. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO

19.1. Adotar-se-á a taxa média, que será determinada de acordo com equacionamento técnico do plano para todos os Segurados e será o quociente entre a soma total do Prêmio tarifário individual por cobertura e a soma total do capital de cada Cobertura contratada.

19.1.1. A taxa média será acrescida dos carregamentos técnicos e de impostos.

19.1.2. A taxa média será calculada no início de vigência da Apólice, e recalculada anualmente no seu aniversário com base no Grupo Segurado, devendo prevalecer sempre a taxa média recalculada se esta for superior ou inferior a vigente em mais de 8% (oito por cento), ou a qualquer época caso haja alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem seu recálculo.

20. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

20.1. O Prêmio mensal individual será o produto da taxa média, calculado quando da contratação do seguro, pelo capital individual de cada cobertura contratada, sendo o prêmio total mensal o somatório dos prêmios individuais.

20.2. A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos

20.3. Qualquer alteração de taxa que implique em ônus, dever ou a redução dos direitos do Segurado deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) do Grupo Segurado, exceto

quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramento previstos nas Condições Contratuais.

20.4. O aumento na taxa única final deverá ser realizado por Endosso ou Aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante.

21. PAGAMENTO DO PRÊMIO

21.1. A GENERALI delegará ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, em caso de seguros contributários, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo repasse do prêmio nos prazos contratuais das respectivas faturas.

21.2. A cobrança do Prêmio ao Estipulante será efetuada por meio de documento emitido pela GENERALI, do qual deverão constar, no mínimo, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor, sendo encaminhado o documento de cobrança com a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento, bem como:

- a) nome do Estipulante;
- b) nome do Segurado, para os seguros contributários;
- c) valor do Prêmio;
- d) data de emissão;
- e) número da Apólice;
- f) data limite para o pagamento.

21.2.1. 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.

21.2.2. A delegação acima mencionada poderá ser revogada a qualquer tempo pela GENERALI mediante notificação por escrito ao Estipulante, com 30 (trinta) dias de antecedência.

21.2.3. Se o Estipulante deixar de recolher à GENERALI os prêmios de seguro contributário recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento das coberturas dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita por parte do Estipulante, o qual estará sujeito às cominações legais.

21.2.4. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados a título de Prêmio do seguro qualquer valor além daquele fixado pela GENERALI.

21.2.5. Caso o mesmo receba juntamente com o Prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do Prêmio do seguro de cada Segurado.

21.2.6. Quando a forma de cobrança for desconto ou consignação em folha de pagamento, o Estipulante empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

21.2.7. Os prêmios cobrados por meio de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado por meio da rede bancária.

21.3. A GENERALI providenciará aviso ao Estipulante, mediante comunicação escrita, alertando acerca da inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data de vencimento da primeira parcela não paga.

21.4. A falta de pagamento do Prêmio, por um período superior a 90 (noventa) dias, implicará no cancelamento automático do seguro, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

21.5. O(s) Prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente a partir da data de vencimento original da parcela até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 17.4 da Cláusula 17 destas Condições Gerais.

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

21.7. Suspensão de coberturas por atraso nos pagamentos de prêmios:

21.7.1. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for anterior ao período de cobertura, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 90 (noventa) dias a partir data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

21.7.2. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for dentro do período de cobertura ou posterior, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação acarretará na suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 90 (noventa) dias a partir da data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

21.7.2.1. O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias, será acrescido de multa de 2,0% e juros de 1,0% ao mês, a título de juros de mora.

21.8. Reabilitação de coberturas:

Quando suspenso, o seguro, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente ao atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

22. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

22.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, carta registrada ou outro meio disponibilizado pela seguradora para dirigir à GENERALI, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

22.1.1. A comunicação feita por carta registrada ou outro meio disponibilizado pela seguradora não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à GENERALI, também de forma imediata à ocorrência do sinistro.

22.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação de sinistro e pagamento de eventual Capital Segurado devido pelo presente seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 23 e aqueles indicados nas Condições Especiais de acordo com cada cobertura contratada.

22.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a GENERALI poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 23 e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 22.2 desta Cláusula será

suspensão, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela GENERALI dos documentos e informações complementares.

22.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 22.2 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 22.3.2 e 22.3.3 desta Cláusula, independentemente de notificação ou interpelação judicial.

22.3.2. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do sinistro e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.

22.3.3. A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 12% (Doze por cento) ao ano, calculado *pro rata die* a partir do dia seguinte ao término do prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 22.2 até a data do efetivo pagamento.

22.4. 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.

22.5. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido na Apólice, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

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

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

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

22.8. O Estipulante deverá encaminhar à Seguradora, ainda, a comprovação da data de inclusão do Segurado e dos seus dependentes no Seguro ou Plano de Saúde, bem como a cópia dos documentos comprobatórios da Admissão dos mesmos no referido Plano, do pagamento dos prêmios devidos pelo Segurado e seus Dependentes, além dos demais documentos que compõem o respectivo contrato.

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

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

22.11. A indenização será paga pela Seguradora diretamente ao Estipulante, 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 Estipulante credor.

22.12. Em caso de plano remissivo a Seguradora estará isenta de eventuais aumentos futuros, e a Estipulante 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.

23. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) à GENERALI 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:

23.1. Para qualquer sinistro

Formulário de Aviso de sinistro, disponibilizado pela GENERALI e devidamente preenchido em todos os seus campos.

23.2. Documentos do Segurado

- 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.

23.3. Documentos do(s) Beneficiário(s):

- a) Comprovações de endereço, CNPJ do Beneficiário Estipulante;
- b) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, da dívida ou compromisso assumido com o Estipulante, devidamente registrada, assinada e datada;
- c) Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Estipulante;
- d) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos, se houver saldo;
- e) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário (s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe, se houver saldo;
- f) Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário (s) incapaz(es);
- g) Em caso de companheiro (a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório, se houver saldo.

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

24. JUNTA MÉDICA

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

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

24.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela GENERALI.

25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

25.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:

25.1.1. pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando, a partir do dia útil subsequente a sua entrega a contagem do prazo para regulação do sinistro;

25.1.2. informar por escrito ao segurado o não-pagamento da fatura por parte do estipulante;

25.1.3. emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante;

25.1.4. cumprir todas as cláusulas descritas nestas condições gerais.

26. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

26.1. A GENERALI não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante ou o Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão ou Declaração Pessoal de Saúde que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, além de estar o Segurado, nos seguros contributários, ou o Estipulante, nos seguros não contributários, obrigados ao pagamento do prêmio vencido.

26.1.1. 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.

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

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

26.1.2.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer após o efetivo cancelamento.

26.1.3. A GENERALI também 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 neste seguro;
- 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;

b.1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;

- c) agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

27. CANCELAMENTO DO SEGURO

27.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) do Grupo Segurado.

27.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) **por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto no item 21.4 da Cláusula 21 destas Condições Gerais;**
- b) **automaticamente, de acordo com as condições especiais das coberturas contratadas;**
- c) **mediante solicitação pelo Estipulante/Segurado à GENERALI;**
- d) **pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições contratuais;**
- e) **se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Estipulante, Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- f) **quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio, no caso de seguro contributivo, observada as condições da cláusula 21 destas Condições Gerais;**
- g) **com a cessação do vínculo concreto entre o Segurado e o Estipulante; e**
- h) **com a caracterização de invalidez permanente e total de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.**

27.3. O pagamento de prêmios pelo Estipulante ou Segurado, de qualquer valor, à GENERALI após a data da rescisão não implica na reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido devidamente corrigido.

27.4. 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.

27.5. Durante a vigência do Seguro, a Apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora somente sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PRESTAMISTA COLETIVO



autorização expressa e supervisão da GENERALI, respeitadas as condições Gerais e Especiais da Apólice e as normas do seguro.

29. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado com fundamento na presente Apólice prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

30. MOEDA

Todos os prêmios, limites, franquias e outras importâncias especificadas nesta apólice estão expressas e deverão ser pagas em moeda corrente do Brasil..

31. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

31.2. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

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

31.4. Neste seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

31.5. A Seguradora não proverá cobertura e não será responsável pelo pagamento de qualquer sinistro ou pela realização de qualquer outra prestação sob o presente contrato, na medida em que a provisão de tal cobertura, pagamento de tal sinistro ou provisão de tal prestação possa expor esta Seguradora a qualquer sanção, proibição ou restrição em função das resoluções da Organização das Nações Unidas, ou a quaisquer sanções comerciais ou econômicas, previstas nas leis ou regulamentos da União Europeia, Reino Unido, Estados Unidos ou Brasil.

32. 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.



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, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Estipulante ou 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.

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 na cláusula 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 contrato do seguro.

3.2. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

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 contrato 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. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

7.1.1. 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 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.

7.1.2. 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.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

8.3. 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 GERAIS E ESPECIAIS
PRESTAMISTA COLETIVO
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 estipulante ou 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 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 na cláusula 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 contrato do seguro.

3.2. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

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 contrato do 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. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação da apólice à qual está vinculada;
- ii. a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- iii. com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- iv. quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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) Radiografias do Segurado (quando houver);
- c) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- d) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

8.3. 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 GERAIS E ESPECIAIS

PRESTAMISTA COLETIVO



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 estipulante ou Credor contraído pelo segurado junto ao estipulante, 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 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. A garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumula com as garantias Morte e Morte Acidental, quando contratadas. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da soma das indenizações por Morte, Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

1.5. 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 na cláusula 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 contrato do seguro.

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

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 contrato 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. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação da apólice à qual está vinculada;
- ii. a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- iii. com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante; e
- iv. quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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;

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1. 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.

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

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.



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 estipulante ou Credor, contraído pelo segurado junto ao estipulante, 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. DEFINIÇÕES

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

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

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

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

Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada 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.

Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Etiologia: causa de cada doença.

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

Hígido: saudável.

Médico-Assistente: médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

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

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

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

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

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

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

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

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

PARÁGRAFO ÚNICO: As definições utilizadas na cláusula 2 das condições gerais do seguro prestamista, aplicam-se também a esta condição especial.

3. CONCEITOS

3.1. 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 Autônômicas do Segurado.

3.2. 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;
- g) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- h) 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.
- i) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- j) 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.

3.3. 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. 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.

4.2. 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.

4.3. 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.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. 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.

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

6. CARÊNCIA

6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato de seguro.

6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 Autônômicas 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).

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

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

7.4. 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.

8. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

8.1. 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.

8.2. 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.

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

8.3.1. 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 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

8.3.2. 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.

ANEXO ÀS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF TABELA 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p style="text-align: center;">1º GRAU:</p> 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

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS**PRESTAMISTA COLETIVO**

	<p align="center"><u>2º GRAU:</u></p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p align="center"><u>3º GRAU:</u></p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p align="center"><u>1º GRAU:</u></p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p align="center"><u>2º GRAU:</u></p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO (ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA (S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p align="center"><u>3º GRAU:</u></p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
CONNECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	<p align="center"><u>1º GRAU:</u></p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00

	<p>2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	<p>10</p>
	<p>3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	<p>20</p>

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 HOUE 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 REFRAATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

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

8.5. As providências que a GENERALI tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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 próprio Segurado.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

10.1. Com o pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

10.2. A Cobertura de Morte, bem como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

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

11. PRÊMIO

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

12. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante; e
- quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA
COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada a cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença – antecipação da 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 estipulante ou Credor, contraído pelo segurado junto ao estipulante, 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. O pagamento do Capital Segurado em função da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, razão pela qual seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a Cobertura de Morte, assim como o presente seguro.

1.3. 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. DEFINIÇÕES

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

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

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

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

Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada 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.

Consumção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

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

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

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

causadores de doença.

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

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

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

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

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

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

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

Etiologia: causa de cada doença.

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

Hígido: saudável.

Médico-Assistente: médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

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

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

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

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

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

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

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

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

PARÁGRAFO ÚNICO: As definições utilizadas na cláusula 2, das condições gerais do segurado prestamista, aplicam-se também a esta condição especial.

3. CONCEITOS

3.1. 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 Autônômicas do Segurado.

3.2. 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.

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

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

4.2. 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.

4.3. 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.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. 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.

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

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 2.2 e 2.3 destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de Pleno Exercício das Relações Autônômicas 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).

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

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

6.1.3. 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 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º 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.

**ANEXO ÀS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL
PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DE MORTE**

**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	<p>1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PRESTAMISTA COLETIVO



CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<u>1º GRAU:</u>	00
	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.	
	<u>2º GRAU:</u>	
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	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
	<u>3º GRAU:</u>	20
	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.	

CONECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	<u>1º GRAU:</u>	00
	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.	
	<u>2º GRAU:</u>	
CONECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	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
	<u>3º GRAU:</u>	20
	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.	

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 HOUE 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

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

7.3.4. As providências que a GENERALI tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – antecipação de morte pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao próprio Segurado.

9. CARÊNCIA

9.1.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato de seguro.

9.1.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

10. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA

11.1. Esta cobertura cessará:

- a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60

(sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;

- com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante; e
- quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

11.2. O pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – antecipação de morte, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura de Morte, assim como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

11.3. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como a Cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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.



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 nas condições contratuais do seguro, 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 definida nas condições contratuais e corresponderá a quantidade de dias ininterruptos.

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 definida em quantidade 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 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 seguro, 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.

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 contrato 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 estipulante, 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 na cláusula 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.

2.1.1. 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 contrato do 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 ser especificados nas condições contratuais do 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

7.1. A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) 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 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.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- a) simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- b) a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- c) com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- d) quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- e) quando for indenizado o capital segurado previsto para esta cobertura.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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

11.1. O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo estipulante. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

12. BENEFICIÁRIOS

12.1. 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 beneficiário será a pessoa jurídica, 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. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

13.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

13.2. 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.

III. será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices de seguros, 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

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PRESTAMISTA COLETIVO



Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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.

**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 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 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 estipulante, 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 na cláusula 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, seqüela 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 apólice 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 de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no contrato do 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 seguro.

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

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 ser de até 180 (cento e oitenta) 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 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.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- quando for indenizado o capital segurado previsto para esta cobertura.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 estipulante. 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 pago 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 a pessoa jurídica, 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. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

14.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

14.2. 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.

III. será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices de seguros, 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.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

15.2. 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.

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

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 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 ou doença, conforme definição descrita nas condições gerais do seguro prestamista.

1.4. Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possuam vínculo com o estipulante, 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 na cláusula 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 apólice 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 contrato do 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. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

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

6. PRÊMIO

6.1. 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 ser de até 180 (cento e oitenta) 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 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.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- quando for indenizado o capital segurado previsto para esta cobertura.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 estipulante. 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 a pessoa jurídica, 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. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

14.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

14.2. 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.

III. será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices de seguros, 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.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

15.2. 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 cláusulas contratuais do 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, artriterreumatóide, 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 Seguro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

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

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. O período de carência para esta garantia será a quantidade de dias definido nas condições contratuais.

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. Na apólice, 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 na apólice 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

10.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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.

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

11. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

11.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

11.2. 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.
- III. será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices de seguros, 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.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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.

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 nas condições contratuais do 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, conseqüentemente, qualquer vinculação com indenizações que, eventualmente, se tornem devida por força das demais garantias previstas no 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 nas condições contratuais do Seguro.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. O limite para quantidade de diárias será estabelecido nas condições contratuais, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias por evento.

6.2. O período de carência será a quantidade de dias conforme definido nas condições contratuais do 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. Na apólice 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. Na apólice 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 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 nas condições contratuais do 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 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 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 nas condições contratuais do 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. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

12.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

12.2. 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.
- III. será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices de seguros, 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.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. 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.

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.

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, 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 líquido, 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 sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e exames de eletrocardiograma e laboratoriais (enzimas específicas).

O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- i. História de dores torácicas típicas;
- ii. Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);

- iii. Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB); 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 da apólice 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 contratuais do seguro prestamista.

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 nas condições contratuais, 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 nas condições contratuais 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 na apólice.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 cefalorraquidiano).

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.

11. BENEFICIÁRIO

11.1. 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.

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
PRESTAMISTA COLETIVO



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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.

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.



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 contratuais.**

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 nas condições contratuais do seguro, 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 constantes nas condições gerais.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência, a ser definido nas condições contratuais e apólice de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro .

4.2. O prazo de Carência será definido nas condições contratuais para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pela apólice de Seguro.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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.

6.2. 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 seguro, 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 condições contratuais.**

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-malignas, em qualquer estágio de evolução;
- d) quaisquer manifestações clínicas, benignas ou malignas, manifestas sobre e/ou na mama feminina que não as incluídas como dependentes e relacionadas à doença descrita sob o conceito de “câncer de mama”;
- 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 consequência 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 nas condições contratuais, e será contado a partir do início de Vigência do Seguro .

4.2. O prazo de Carência será definido nas condições contratuais para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pela apólice de seguro.

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 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 nas condições contratuais do 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 Seguro, 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

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 nas condições contratuais e, será contado a partir do início de Vigência do Seguro .

4.2. O prazo de Carência será definido nas condições contratuais para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pela apólice de Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida na apólice 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 cláusula 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 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 Seguro, 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 definido nas condições contratuais de seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida nas condições contratuais e apólice 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 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

8.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

8.2. 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.
- III. será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes apólices de seguros, 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.

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.

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 nas condições contratuais do 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 nas condições contratuais do 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 o definido nas condições contratuais do seguro.

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 nas condições contratuais do seguro.

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 na apólice 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 na apólice de Seguro.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 23 (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 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.

Pela presente Cláusula fica entendido e concordado que serão distribuídos os excedentes técnicos desta apólice, conforme as condições seguintes:

1. DEFINIÇÕES

1.1. Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos no **item 3** abaixo.

1.2. O percentual de distribuição do Excedente Técnico, será estabelecido no Contrato.

1.3. O termo IBNR abordado nesta cláusula, **item 3**, se refere à provisão técnica obrigatória para as Seguradoras, de forma a garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados.

2. PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO

2.1. O Excedente Técnico será apurado a cada período de 12(doze) meses de vigência do seguro.

2.2. A apuração e distribuição será realizada até 60(sessenta) dias após o pagamento da última fatura correspondente ao término do período indicado no subitem anterior.

3. CRITÉRIOS DA APURAÇÃO

3.1. Considera-se como RECEITA:

- a) prêmios líquidos emitidos, efetivamente pagos, correspondentes à competência do período da apuração;
- b) sinistros computados em períodos anteriores, posteriormente estornados;
- c) IBNR considerada na apuração anterior, conforme definido na alínea "f", do **item 3.2** abaixo.

3.2. Considera-se como DESPESAS:

- a) comissões de corretagem, comissões de administração/pró-labore e agenciamentos pagos durante o período;
- b) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, inclusive despesas de sinistro, avisados ou pagos até a data de apuração do excedente e ainda não considerados em períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado.
- c) saldos negativos de excedente técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados;
- d) impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração;
- e) despesas de administração da Seguradora, conforme indicado no Contrato;
- f) percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à Seguradora, conforme indicado no Contrato.

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

- a) do respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) do aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) do efetivo pagamento, para outras despesas.



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

4. CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

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

4.1. Nos seguros não contributários a devolução caberá integralmente ao Estipulante.

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

4.3. Em substituição aos **itens 4.1 e 4.2.** o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação de faturas subsequentes, quando a apólice for renovada e mediante expressa solicitação.