

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

BILHETE – INDIVIDUAL

SEGURO PRESTAMISTA

Ramo: 1377

GENERALI BRASIL SEGUROS S/A

GENERALI

SETEMBRO/16

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS

OBJETIVO DO SEGURO.....	3
DEFINIÇÕES	3
COBERTURAS.....	10
RISCOS EXCLUÍDOS	10
ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS.....	12
CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO	12
PROVA DO SEGURO	13
VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	13
FRANQUIA E CARÊNCIA	13
CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	13
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL... ..	14
CUSTEIO DO SEGURO.....	14
CRITÉRIO DA TAXA E DO PRÊMIO	14
PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	15
OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	16
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	17
JUNTA MÉDICA.....	19
DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S).....	20
PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	20
CANCELAMENTO DO BILHETE DE SEGURO	22
PRESCRIÇÃO	22
DISPOSIÇÕES GERAIS	22
FORO CONTRATUAL	23

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE.....	24
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.....	27
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE....	31
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	36
COBERTURA AUTÔNOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	43
COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	50
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO	54
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE	58
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA.....	64
COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL	70

CONDIÇÕES GERAIS – PLANO BILHETE

PRESTAMISTA

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

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

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

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

Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

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

Agravo Mórbido: evolução com piora de uma doença.

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

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

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

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

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

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

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

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

Beneficiário(s): o primeiro Beneficiário será a próprio Credor pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado. A eventual diferença que ultrapassar o saldo da dívida será paga ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) para receber o valor do Capital Segurado na ocorrência da sua morte, que serão determinados conforme legislação em vigor.

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

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

Cancelamento: dissolução antecipada do Bilhete de seguro.

Capital Segurado: importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga aos beneficiários pela SEGURADORA em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado e informado no Bilhete de Seguro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).

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

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

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

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

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

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

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

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

Franquia: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização ou valor fixo previsto nas Condições Contratuais que será descontado da indenização devida. A franquia é deduzida do valor do capital segurado a ser pago em cada sinistro.

Hígido: saudável.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas **passíveis** de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela GENERALI e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais

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

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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins

desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;

- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, “lock-out”, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;
- c) qualquer tipo de doença mental (quadros que envolvam patologia de origem psiquiátrica e psicológica);
- d) tratamentos médicos relacionados à hemofilia ou diálise crônica;
- e) eventos provocados por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;
- f) de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do seguro;
- g) 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;
- h) danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;
- i) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- j) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;
- k) lesões decorrentes de elementos radioativos;
- l) da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado,

pele(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;

- m) de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceitado o risco;
- n) de acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto;
- o) danos morais e/ou estéticos;
- p) quaisquer tipos de perda e danos, Lucros Cessantes, interrupção de renda e pensionamento;
- q) toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do cliente, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má fé;
- r) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores.

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

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

6. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

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

6.2. Somente poderão contratar o presente seguro:

6.2.1. Proponentes que estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa ou, no caso de aposentados, desde que o sejam por tempo de serviço ou idade.

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

7. PROVA DO SEGURO

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

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

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

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

9. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

10. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

10.1. Para fins deste seguro, o Capital Segurado estabelecido no Bilhete de Seguro é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizada pela dívida ou compromisso

assumido pelo segurado, sendo definido como capital uniforme e constante, ou seja, o capital será fixo durante toda a vigência do contrato, conforme estabelecido no Bilhete de seguro e, de acordo com as Condições Especiais do seguro.

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

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

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

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

11.2. O critério para determinação do Capital Segurado estará vinculado a dívida ou compromisso assumido pelo Segurado com o Credor, devidamente comprovada por documento assinado entre as partes.

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

11.4. Para efeito de atualização monetária, será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.

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

12. CUSTEIO DO SEGURO

12.1. Para fins deste seguro, o custeio será Totalmente Contributário, em que os Segurados pagam integralmente o Prêmio.

13. CRITÉRIO DA TAXA E DO PRÊMIO

- 13.1.** Adotar-se-ão taxas por planos comercializados, que serão determinadas de acordo com equacionamento técnico de cada plano comercializado, sendo que se determina o Prêmio pela multiplicação das taxas e capitais contratados para cada Cobertura.
- 13.2.** A taxa final será acrescida dos carregamentos técnicos e de impostos.
- 13.3.** A taxa será calculada no início de Vigência do Bilhete de Seguro, não havendo ajustes de taxas durante a Vigência do seguro.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 14.1.** A cobrança do Prêmio poderá ser efetuada por meio de documento emitido pela GENERALI, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:
- nome do Segurado;
 - valor do Prêmio;
 - data de emissão;
 - número do Bilhete de Seguro;
 - data limite para o pagamento.
- 14.2.** A GENERALI encaminhará o documento a que se refere o subitem 16.1 desta Cláusula diretamente ao Segurado ou ao seu representante legal ou, ainda, ao corretor de seguros, por expressa solicitação de qualquer um destes, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.
- 14.2.1.** O pagamento do Prêmio será realizado à vista no momento da contratação ou de forma mensal, o que não caracterizará fracionamento do pagamento de prêmio do seguro.
- 14.3.** O pagamento do Prêmio será feito à Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente, cartão de débito ou de crédito ou, ainda, outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Segurado e a GENERALI no momento da contratação.
- 14.3.1.** Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o subitem 15.1 destas Condições, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o Prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.
- 14.4.** Se a data do vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro

dia útil em que houver expediente bancário.

- 14.5.** Qualquer que seja a forma de pagamento do Prêmio adotada, ficará a GENERALI obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.
- 14.6.** No caso de se constatar o não pagamento do prêmio pelo Segurado, as Coberturas contratadas serão automaticamente suspensas e a GENERALI providenciará aviso ao Segurado alertando sobre a inadimplência, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, contados da data de vencimento do prêmio não pago. Se ocorrer um sinistro durante o período de suspensão das Coberturas contratadas, o Segurado e/ou Beneficiários ficarão sem direito a receber indenização.
- 14.7.** A reabilitação do Bilhete de Seguro ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a GENERALI, nesta hipótese, pelos sinistros ocorridos a partir desta data, observados os termos, limites e condições deste seguro.
- 14.8.** Caso o Segurado não regularize o pagamento do prêmio em atraso no prazo de 30 (trinta) dias a contar de seu vencimento, o Seguro será automaticamente cancelado.
- 14.9.** Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

15. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

- 15.1.** O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, exceto para as Coberturas que prevejam exclusivamente o reembolso de despesas ocasionadas por evento coberto, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, Carta Registrada ou outro meio de comunicação disponibilizado dirigida à GENERALI, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.
- 15.1.1.** A comunicação feita por qualquer meio não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à GENERALI.
- 15.2.** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do sinistro e pagamento do Capital Segurado eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela GENERALI de toda documentação básica constante da Cláusula 16 e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.
- 15.3.** Em caso de dúvida fundada e justificável, a GENERALI poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos além

daqueles estabelecidos na Cláusula 16 e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 15.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela GENERALI dos documentos e informações complementares.

- 15.4.** Não respeitado o prazo previsto no subitem 15.2 desta Cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 15.5 e 15.6 desta Cláusula, aplicados a partir da data de ocorrência do sinistro, independentemente de notificação ou interpelação judicial.
- 15.5.** A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 6% (seis por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir da data da ocorrência do sinistro até a data do efetivo pagamento.
- 15.6.** As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 11.4 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.
- 15.7.** A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.
- 15.8.** O pagamento será feito sob a forma de parcela única, por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário(s) ou Segurado no aviso de sinistro.
- 15.9.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários serão de responsabilidade do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela GENERALI.
- 15.10.** O Credor deverá encaminhar à GENERALI, ainda, a comprovação da data da contratação de compromisso do Segurado e dos seus dependentes, do pagamento das contribuições e/ou dos prêmios devidos pelo Segurado, além dos demais documentos que compõem o respectivo contrato, conforme documentos exigidos nestas condições contratuais.
- 15.11.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da GENERALI.
- 15.12.** Independentemente dos documentos acima, a GENERALI poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.
- 15.13.** A indenização será paga pela GENERALI diretamente a Instituição Credora, quando couber, sob a expressa condição de que este faça a quitação, amortização ou remissão da dívida ou compromisso

assumido, pelo prazo contratado previsto em contrato junto ao Credor.

- 15.14.** Em caso de plano remissivo a GENERALI estará isenta de eventuais aumentos futuros, e o Credor assumirá junto aos beneficiários o compromisso pela garantia do período estabelecido em contrato entre as partes, sem qualquer ônus ou cobrança de valores adicionais a qualquer das partes.

16. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

16.1. Para qualquer sinistro:

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

- a) Formulário de aviso de sinistro;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização/Reembolso de Despesas;
- c) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, que comprove o vínculo com a Instituição Credora da dívida ou compromisso assumido com o Credor assinada, devidamente registrada, assinada e datada por ambas as partes;
- d) Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Credor;

16.1.2. Documentos do Segurado (cópias autenticadas):

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

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

16.2.1. Quando Beneficiário o Credor:

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

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

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

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

- a. Carteira de Identidade (RG);
- b. Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- c. Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz;
- d. Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe.

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

17. JUNTA MÉDICA

17.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura securitária, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação

da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente no Bilhete do Seguro, será proposta pela GENERALI, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela GENERALI, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido em conjunto pelos dois nomeados.

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

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

18. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S)

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

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

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

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

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

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

19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

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

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

- cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

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

- a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas condições;
- b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;
- c) agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

19.3. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se for provado que silenciou de má-fé. Recebido o aviso de agravação do Risco, sem culpa do Segurado, a Seguradora

poderá:

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

20. CANCELAMENTO DO BILHETE DE SEGURO

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

- I. por falta de pagamento de parcela do Prêmio, após o prazo disposto no item 14.8 destas Condições Gerais;
- II. mediante solicitação pelo Segurado à GENERALI;
- III. pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;
- IV. se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a Vigência do contrato.

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

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

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

21. PRESCRIÇÃO

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

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

23. 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



GENERALI

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada a cobertura de morte, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite à amortização ou quitação da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, definidos nas condições contratuais do seguro, **em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro**, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições gerais do seguro prestamista - bilhete de seguro. Havendo saldo remanescente, esse será pago ao segundo beneficiário eventualmente indicado ou de acordo com a legislação em vigor

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. PRÊMIO

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- ii. com o término da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
- iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 15 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 16 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

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

- a. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b. Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c. Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- d. Radiografias do Segurado (quando houver);
- e. Guia de internação hospitalar (quando houver);
- f. Declaração médica indicando *causa mortis*, com firma reconhecida.

8.1.2. Em caso de ocorrência de morte em razão de acidente, além dos

documentos citados acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada a cobertura de morte acidental, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite à amortização ou quitação da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, definidos nas condições contratuais do seguro, **em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal**, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de seguro. Havendo saldo remanescente, esse será pago ao segundo beneficiário eventualmente indicado ou de acordo com a legislação em vigor.

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, incluindo-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por

Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b. os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**
- c. contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;**
- d. a prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e**
- e. viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - i. que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
 - ii. que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
 - iii. dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.**

3. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

3.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o

definido nas condições gerais do seguro prestamista e no Bilhete de Seguro.

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

6. PRÊMIO

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura cessará:

- i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- ii. com o término da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
- iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 15 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 16 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das

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

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte.
- 9.2. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 9.3. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Desde que contratada a cobertura de invalidez permanente total por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite à amortização ou quitação da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, definidos nas condições contratuais do seguro,, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de Seguro. Havendo saldo remanescente, esse será pago ao próprio segurado, na condição de segundo beneficiário, ou de acordo com a legislação em vigor.

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, incluindo-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou**

agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

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

1.5. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte e/ou morte acidental, deduzida a importância já paga por

Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de morte e/ou morte acidental, sendo que os valores serão pagos de acordo com a cláusula de beneficiários.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;
- c) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
- d) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
- e) os acidentes médicos;
- f) perturbações mentais, nervosas e emocionais;
- g) as lesões classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, Problemas Auditivos e outros;
- h) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores;
- i) perda de dentes ou danos estéticos.

3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

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

3.2. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas a comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, conforme cláusula 24 das condições gerais.

3.2.1. Em caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão da lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor a constituição de junta médica nos termos definidos no item 17 das Condições Gerais do seguro

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

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

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. PRÊMIO

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura cessará:

- i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- ii. com o término da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
- iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de

contribuir com sua parte do prêmio.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 15 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 16 (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- i. comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- ii. cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- iii. exame de corpo de delito, quando indicado;
- iv. laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual;

10. DISPOSIÇÃO FINAL

- 10.1. Esta cobertura não prevê reintegração de capital segurado.
- 10.2. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 10.3. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

2. CONCEITOS

2.1 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 ou parcial do segurado, incluindo-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidéz acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal.

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

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

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

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

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

2.7. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidéz permanente

total ou parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante no subitem 2.16 desta Cláusula.

- 2.8.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.9.** Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução máximo, médio e mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.10.** Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.11.** Quando o mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.12.** Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.
- 2.13.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.14.** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 2.15.** A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 2.16.** TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fémur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros: sem	

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

indireta de:

- a) **Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- b) **viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem, salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.**

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. PRÊMIO

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura cessará:

- i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- ii. com o término da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
- iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na **Cláusula 15** (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na **Cláusula 16** (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a)** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b)** Radiografias do Segurado (quando houver);
- c)** Guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- 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)** Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

8.2. Em caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão da lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor a constituição de junta médica nos termos definidos no item 17 das Condições Gerais do seguro

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada a cobertura autônoma de invalidez funcional permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite à amortização ou quitação da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, 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. Havendo saldo remanescente, esse será pago ao próprio segurado, na condição de segundo beneficiário, ou de acordo com a legislação em vigor.

1.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados nesta condição especial.

2. CONCEITOS

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

2.2. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e

que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;

- b. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e**
- c. a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

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

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

5.4. Não será estabelecida franquia para esta cobertura.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 15 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na

Cláusula 16 (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).

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

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

6.3.1. Em caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão da lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor a consituição de junta médica nos termos definidos no item 17 das Condições Gerais do seguro.

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

7. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

7.1. A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

7.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de

Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

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

7.3.1. A primeira é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 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.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

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

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

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1° GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2° GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO (ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA (S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3° GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO	08

PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	
--	--

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

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

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

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

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

10. PRÊMIO

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

- i. simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- ii. com o término da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
- iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições

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

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Desde que contratada** a cobertura de invalidez laborativa permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite à amortização ou quitação da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, definidos nas condições contratuais do seguro, caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido por doença, desde que a doença determinante da incapacidade laborativa não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro. Havendo saldo remanescente, esse será pago ao próprio segurado, na condição de segundo beneficiário, ou de acordo com a legislação em vigor.
- 1.2.** Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exclusivamente para a atividade laborativa principal do Segurado.

2. CONCEITOS

- 2.1.** Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, com base na declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano em que foi caracterizada a invalidez.
- 2.2.** Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 2.3.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta garantia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, desde que contratadas de invalidez permanente laboral por doença, não estão cobertos os eventos decorrentes de:**
- a. perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**

- b. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e**
- c. a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

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

3.2.1. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez laboral Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

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

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

5.4. Não será estabelecida franquia para esta cobertura.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 15 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 16 (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.

- 6.3.1. Em caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão da lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor a constituição de junta médica nos termos definidos no item 17 das Condições Gerais do seguro.

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

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro 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 da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
 - iii. quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por desemprego involuntário, durante a vigência do Bilhete de seguro, observados as condições a seguir enumeradas.
- 1.2. Perda de Renda por Desemprego Involuntário: Como “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
- 1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam dívida ou compromisso com o Credor e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.
- 1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:
 - a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
 - b) demissão por justa causa do trabalhador segurado;
 - c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
 - d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
 - e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
 - f) falência;
 - g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e
 - h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador.

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

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

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

5. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

6. PRÊMIO

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

7. CARÊNCIA

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

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

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

8. FRANQUIA

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

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- Com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização;
- com o término da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
- quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 15 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 16 (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 bilhete de seguro, 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. As informações para recebimento da indenização deverão ser atualizadas pelo segurado sempre quando houver novo pagamento, com a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

O segurado não poderá estar coberto por mais de um seguro de Perda de Renda por Desemprego para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Credor. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como seguro válido para saldar o compromisso aquele que tiver emissão mais antiga e devolverá qualquer prêmio que o segurado tiver pago em duplicidade.

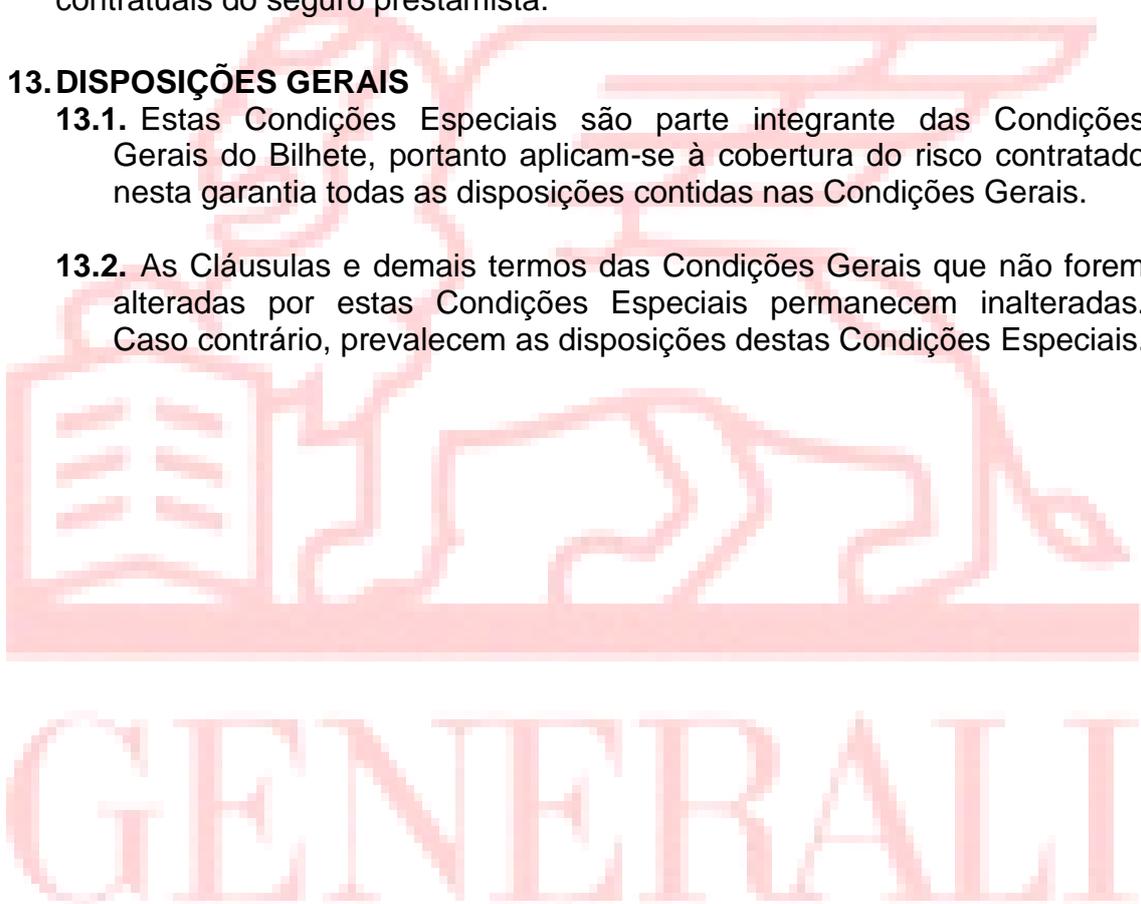
12. BENEFICIÁRIOS

No seguro de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será sempre o Credor da dívida ou compromisso financeiro assumido pelo segurado, sendo que se houver saldo de indenização, o mesmo será pago ao próprio segurado na condição de segundo beneficiário, devendo ser comprovado, mediante apresentação de documentos, a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais do seguro prestamista.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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



GENERALI

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1.OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Garante, **desde que contratada**, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente, durante a vigência do bilhete de seguro, observada as condições a seguir enumeradas.
- 1.2. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.
- 1.3. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a incapacidade física temporária por acidente do segurado, incluindo-se nesse conceito:
 - a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

1.4. **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos, que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados, que possuam vínculo com o Credor 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 do acidente que tenha caracterizada a incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de Boletim de Ocorrência Policial, Comunicado de Acidente de Trabalho ou outro documento que comprove a ocorrência do acidente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, 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;

- e) hospitalização para a realização de exames de rotina;
- f) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- h) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- k) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela Bilhete de seguro vigente; e
- l) 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 Bilhete de Seguro.

5.CAPITAIS SEGURADOS

- 5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês, durante o período em que o segurado permanecer incapaz, sendo que o valor e a quantidade de parcelas mensais de financiamento ou do compromisso financeiro assumido a serem indenizados, deverão ser especificados nas condições contratuais do Bilhete de Seguro.
- 5.2. Esta cobertura poderá ser acionada uma única vez durante a vigência do Bilhete de seguro
- 5.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento

vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

6. PRÊMIO

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

7. CARÊNCIA

- 7.1. A carência poderá ser de 31 (trinta e um) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista.
- 7.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.
- 7.3. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

8. FRANQUIA

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

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 9.1. Esta cobertura cessará:
 - simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
 - Com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização;
 - com o término da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
 - quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 15 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 16 (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

O segurado não poderá estar coberto por mais de um seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Credor. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como seguro válido para saldar o compromisso aquele que tiver emissão mais antiga e 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 primeiro beneficiário será sempre o Credor da dívida ou compromisso financeiro assumido pelo segurado, sendo que se houver saldo de indenização, o mesmo será pago ao próprio segurado na

condição de segundo beneficiário, devendo ser comprovado, mediante apresentação de documentos, a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais do seguro prestamista.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 14.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 14.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

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

1.OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, durante a vigência do Bilhete de seguro, observada as condições a seguir enumeradas.
- 1.2.** Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.
- 1.3.** Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a incapacidade física temporária por acidente do segurado, incluindo-se nesse conceito:
- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

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

- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, 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 Bilhete de seguro vigente; e
- k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

2.1.1. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

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

5. CAPITAIS SEGURADOS

- 5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês, durante o período em que o segurado permanecer incapaz, sendo que o valor e a quantidade de parcelas mensais de financiamento a serem indenizados, deverão ser especificados nas condições contratuais do seguro.
- 5.2. Esta cobertura poderá ser acionada uma única vez durante a vigência do Bilhete de seguro

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

6. PRÊMIO

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

7. CARÊNCIA

- 7.1.** A carência poderá ser de 31 (trinta e um) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista.
- 7.2.** A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.
- 7.3.** Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

8. FRANQUIA

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

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 9.1.** Esta cobertura cessará:
- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
 - Com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização;
 - com o término da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
 - quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 15 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 16 (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

O segurado não poderá estar coberto por mais de um seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Credor. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como seguro válido para saldar o compromisso aquele que tiver emissão mais antiga e devolverá qualquer prêmio que o segurado tiver pago em duplicidade.

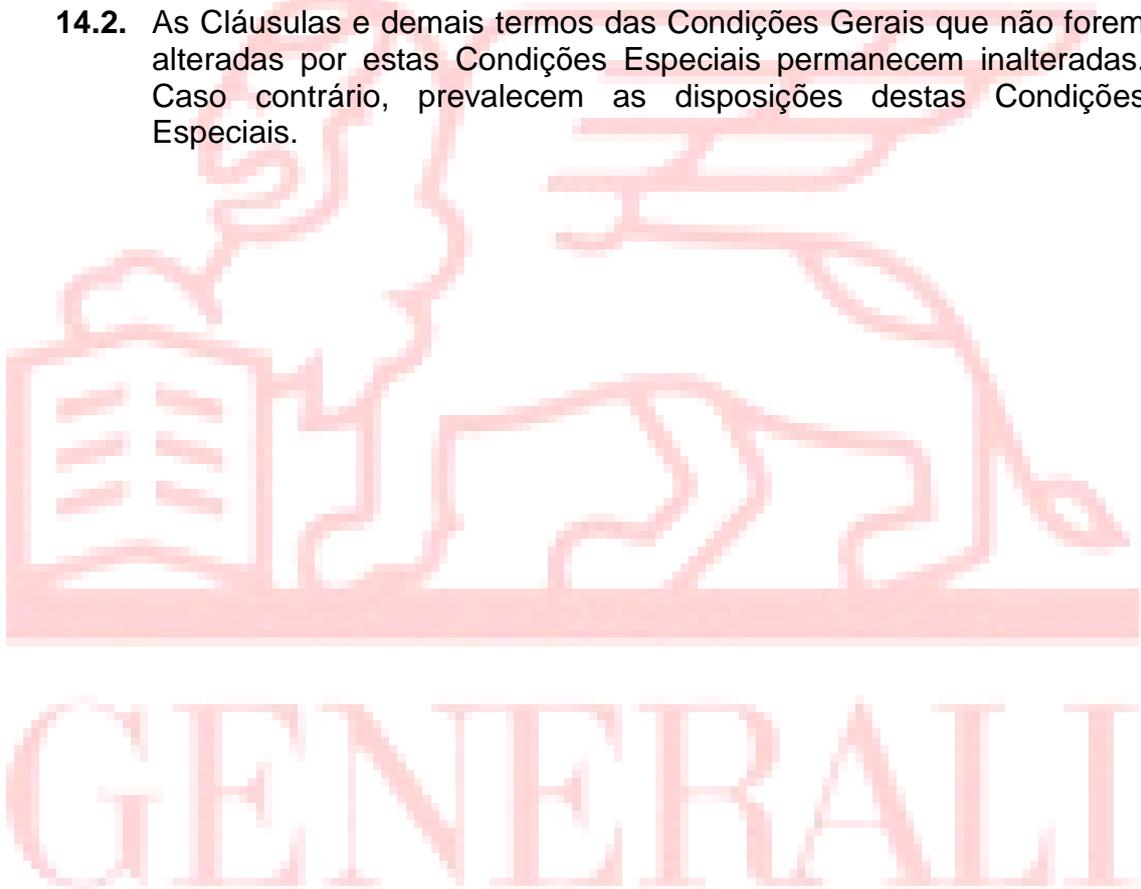
13. BENEFICIÁRIOS

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 primeiro beneficiário será sempre o Credor da dívida ou compromisso financeiro assumido pelo segurado, sendo que se houver

saldo de indenização, o mesmo será pago ao próprio segurado na condição de segundo beneficiário, devendo ser comprovado, mediante apresentação de documentos, a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais do seguro prestamista.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 14.1.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 14.2.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Desde que contratada a cobertura de doença terminal, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite à amortização ou quitação da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, definidos nas condições contratuais do seguro, caso o segurado se torne um “doente em fase terminal” e que o estágio de sua doença esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.** Havendo saldo remanescente, esse será pago ao segundo beneficiário eventualmente indicado ou de acordo com a legislação em vigor.

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CARÊNCIA

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

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

5. PRÊMIO

O prêmio desta cobertura, se contratada, irá compor o prêmio total do seguro contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano de seguro contratado.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 15 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 16 (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:

6.1.1. 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;

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

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

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;
- Com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização;
- com o término da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto ao Credor. Respeitado o período de cobertura correspondente ao prêmio pago, o capital segurado será pago integralmente ao segundo beneficiário caso o saldo devedor seja igual a zero; e
- quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir.

8. BENEFICIÁRIO

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 sempre o Credor da dívida ou compromisso financeiro assumido pelo segurado, sendo que se houver saldo de indenização, o mesmo será pago ao próprio segurado na condição de segundo beneficiário, devendo ser comprovado, mediante apresentação de documentos, a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais do seguro prestamista

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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



MODELO DE BILHETE DE SEGURO

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

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

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

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

COBERTURAS: As coberturas **passíveis** de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela GENERALI e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais: Morte; Morte Acidental; Invalidez Permanente Total por Acidente; Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente; Invalidez Permanente; Funcional e Total por Doença; Invalidez Permanente Laborativa e Total por Doença; Perda de Renda por Desemprego Involuntário; Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente; Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença e Doença Terminal.

RISCOS EXCLUÍDOS: Estão expressamente excluídos das coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência: *a)* direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear; *b)* de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, "lock-out", exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem; *c)* qualquer tipo de doença mental (quadros que envolvam patologia de origem psiquiátrica e psicológica); *d)* tratamentos médicos relacionados à hemofilia ou diálise crônica; *e)* eventos provocados por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente; *f)* de doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas; *g)* de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do seguro; *h)* de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem; *i)* danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública; *j)* perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; *k)* viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor,

o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem; l) lesões decorrentes de elementos radioativos; m) da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro; n) de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceitado o risco; o) de acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto; k) danos morais e/ou estéticos; l) quaisquer tipos de perda e danos, Lucros Cessantes, interrupção de renda e pensionamento; p) toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do cliente, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má fé; q) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores; r) Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

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

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

OCORRÊNCIA DE SINISTROS: O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante

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

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

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

Para qualquer sinistro: Formulários disponibilizados pela Seguradora e devidamente preenchidos em todos os seus campos:

Formulário de aviso de sinistro; Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização/Reembolso de Despesas; Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, que comprove o vínculo com a Instituição Credora da dívida ou compromisso assumido com o Credor assinada, devidamente registrada, assinada e datada por ambas as partes; Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Credor; **Documentos do Segurado (cópias autenticadas):** Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor (es) de 18 anos; CPF do segurado; Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social; Comprovante de residência do Segurado. **Documentos do(s) Beneficiário(s):** **Quando Beneficiário o Credor:** Cópia de Contrato social; Cópia autenticada de Comprovante de Endereço; Extrato de saldo de dívida ou comprovante de compromisso devidamente assinado e datado por ambas as partes. Quando houver

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

COBERTURA DE MORTE: *Desde que contratada* a cobertura de morte, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, definidos nas condições contratuais do seguro, **em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro**, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições gerais do seguro prestamista - bilhete de seguro. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

Em caso de morte natural, necessários também os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado; b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso; c) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver; d) Radiografias do Segurado (quando houver); e) Guia de internação hospitalar (quando houver); f) Declaração médica indicando *causa mortis*, com firma reconhecida.

Em caso de ocorrência de morte em razão de acidente, além dos documentos citados acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: a) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo; b) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito; c) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho; d) Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso; e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); f) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL : *Desde que contratada* a cobertura de morte acidental, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, em caso de falecimento do segurado, durante a vigência do seguro, **em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal**, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de seguro. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte do segurado. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada. **RISCOS EXCLUÍDOS: Observado o conceito de acidentes pessoais, e além riscos excluídos mencionados das condições gerais do seguro prestamista, estarão também excluídos da Cobertura de Morte Acidental: a) quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem**

como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos; b) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros); c) contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto; d) a prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e) viagens em aeronaves ou embarcações: que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar; que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar; dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS : Cópia da Certidão de Óbito do Segurado; Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso; Radiografias do Segurado (quando houver); Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida; Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo; Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito; Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho; Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso; Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE: *Desde que contratada* a cobertura de invalidez permanente total por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de Seguro. Entende-se por Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos por lesão física do segurado, comprovadas através de declaração médica de profissional habilitado e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%

Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada. **RISCOS EXCLUÍDOS: Observado o conceito de acidentes pessoais, e além riscos excluídos mencionados das condições gerais do seguro prestamista, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos; b) os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais; c) viagens em aeronaves ou embarcações: que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar; que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar; dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; d) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente; e) os acidentes médicos; f) perturbações mentais, nervosas e emocionais; g) as lesões classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, Problemas Auditivos e outros; h) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores; i) perda de dentes ou danos estéticos. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) no envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens); cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); exame de corpo de delito, quando indicado; laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE: Desde que contratada a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, sendo que o valor será definido nas hipóteses e graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, caso venha a se tornar total ou parcial e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto

durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de Seguro. Entende-se por Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte e/ou morte acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de morte e/ou morte acidental, sendo que os valores serão pagos de acordo com a cláusula de beneficiários. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro. Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o seguro será automaticamente cancelado. **RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos relacionados das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de: Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem, salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.** **OCORRÊNCIA DO SINISTRO:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) com a Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas: a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver); b) Radiografias do Segurado (quando houver); c) Guia de Internação Hospitalar (quando houver); e) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo; f) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito; g) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho; h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência

Policial, se for o caso; i) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); j) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

COBERTURA AUTÔNOMA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA: *Desde que contratada* a cobertura autônoma de invalidez funcional permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas Cláusulas 2 e 6 destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados nesta condição especial. Para que haja direito a esta Cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença: a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”; b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico; c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico; d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença; e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo; f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal; g) Deficiência visual, decorrente de doença: Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. Doença evoluída sob um estágio clínico que

possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados: Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés. **RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos relacionados nas Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de: perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal; quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; ea doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial. CARÊNCIA E FRANQUIA: A carência será de 60 (sessenta) dias dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. Não será estabelecida franquia para esta cobertura. OCORRÊNCIA DO SINISTRO: Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) providenciando os documentos básicos - Relação de Documentos para liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data exata do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nestas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado; Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante; Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida; A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética). COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ: A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez. Outros Quadros**

Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas. A primeira é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 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. A segunda é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA: *Desde que contratada* a cobertura de invalidez laborativa permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro. Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exclusivamente para a atividade laborativa principal do Segurado. Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, com base na declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano em que foi caracterizada a invalidez. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta garantia. **RISCOS EXCLUÍDOS:** Além dos riscos excluídos relacionados das Condições Gerais, desde que contratadas de invalidez permanente laboral por doença, não estão cobertos os eventos decorrentes de: perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal; quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social,

assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez laboral Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial. Não podem figurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa. **CARÊNCIA E FRANQUIA:** A carência será de 60 (sessenta) dias dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. Não será estabelecida franquia para esta cobertura. **OCORRÊNCIA DO SINISTRO:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme as Condições Gerais, providenciando os documentos básicos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença; Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante; Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social ou comprovação da atividade exercida. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO : Garante, *desde que contratada*, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por desemprego involuntário, durante a vigência do Bilhete de seguro, observados as condições a seguir enumeradas. **Perda de Renda por Desemprego Involuntário:** Como “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador. **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Credor, com idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional. **RISCOS EXCLUÍDOS:** Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de: a)

renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho; b) demissão por justa causa do trabalhador segurado; c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado; d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado; e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral; f) falência; g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial. **ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA:** A cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro. **CARÊNCIA:** A carência será de 60 (sessenta) dias dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. **FRANQUIA:** A franquia será de 30 (trinta) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:** em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder providenciando os documentos básicos de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco; para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquia, estabelecido no contrato, da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia; cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização. **BENEFICIÁRIOS:** No seguro de Perda de Renda por Desemprego Involuntário cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais do seguro prestamista.

COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE: Garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente, durante a vigência do contrato de seguro, observada as condições a seguir enumeradas. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15

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

Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados e que possuam vínculo com o Credor, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

RISCOS EXCLUÍDOS: Além dos riscos excluídos das condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os eventos ocorridos em consequência de: a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, 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 Bilhete de seguro vigente; e k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular. **ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA:** A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro. **CARÊNCIA:** A carência poderá ser de 60 (sessenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. **FRANQUIA:** A franquia poderá ser de 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto,

conforme especificado nas condições contratuais do bilhete de seguro prestamista. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) providenciando os documentos básicos da Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento; exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples); cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda; recibo de pagamento autônomo; carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA: Esta cobertura, *desde que contratada*, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, durante a vigência do Bilhete de seguro, observada as condições a seguir enumeradas. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência a incapacidade física temporária por acidente ou doença, conforme definição descrita nas condições gerais do seguro Bilhete Prestamista. **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possuam vínculo com o Credor, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares. **RISCOS EXCLUÍDOS:** Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os eventos ocorridos em consequência de: a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, 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 Bilhete de seguro vigente; e k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular. **ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA:** A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro. **CARÊNCIA:** A carência poderá ser de 60 (sessenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência. **FRANQUIA:** A franquia poderá ser de 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de Seguro Prestamista. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS:** Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) providenciando os documentos básicos da Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento; exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples); cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda; recibo de pagamento autônomo; carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro. **BENEFICIÁRIOS:** No seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o beneficiário será o Credor, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que

comproven a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL: *Desde que contratada*, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao beneficiário, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao capital segurado contratado, caso o segurado se torne um “doente em fase terminal” e que o estágio de sua doença esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, , exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais. É considerado “doente em fase terminal” o segurado cujo quadro clínico caracterize um estado de saúde gravíssimo, de comprometimento sistêmico crítico, sem qualquer possibilidade de recuperação com o recursos médico-terapêuticos disponíveis e para o qual seus médicos assistentes não admitam qualquer possibilidade e/ou esperança de reversibilidade, que indique uma sobrevivência de, no máximo, 6 (seis) meses sendo o segurado considerado, desta forma, fora dos limites normais de sobrevivência.

CARÊNCIA: O período de Carência, a ser definido no Bilhete de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro . O prazo de Carência será de 90 (noventa) dias para cada Cobertura contratada, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto pelo Bilhete de Seguro.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciarem a Relação de Documentos para liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas: Documentos necessários para liquidação de sinistros: Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido; Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado; Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas; Cópia autenticada da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver); Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal; Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários; Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários; Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários; Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos; Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído do Seguro.

Disposição Gerais:

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

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

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

INFORMAÇÃO DE BILHETES DE SEGURO: Este seguro, em função da existência de Coberturas que permitam o reembolso de despesas e indenizam perda de renda, e desde que contratadas, prevê em suas condições a cláusula de informação de Bilhetes de Seguro, portanto o Segurado que, não informar quando da contratação, ou que tenha pleiteado para mais de uma seguradora a indenização sobre os riscos, e não informado a todas as Sociedades Seguradoras e/ou operadoras perderá o direito à indenização. Na ocorrência de sinistro contemplado por Coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições: I – será calculada a indenização individual de cada Cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da Cobertura e cláusulas de rateio; II – será calculada a “indenização individual ajustada” de cada Cobertura, na forma abaixo indicada: a) se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de capital, a indenização individual de cada Cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia do seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas. b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste item;

III – será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Bilhetes de Seguro, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II. IV - se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao Prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver; V – se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida