

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PROCESSO SUSEP Nº 15414.648088/2021-93

STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	5
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS:	9
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	10
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	11
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	11
8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO.....	12
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	13
10.VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	13
11.CAPITAL SEGURADO	14
12.ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO.....	15
13.CUSTEIO DO SEGURO.....	16
14.PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	16
15.OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	19
16.CANCELAMENTO DO SEGURO	20
17.CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	20
18.PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	21
19.LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	22
20.JUNTA MÉDICA.....	24
21.PERÍCIA DA SEGURADORA.....	24
22.PERDA DE DIREITOS	25
23.BENEFICIÁRIOS.....	26
24.CONDIÇÕES DE EMBARGOS E SANÇÕES.....	27
25.ALTERAÇÃO DO SEGURO	28
26.PRESCRIÇÃO	28
27.FORO.....	28

COBERTURA DE MORTE	29
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	30
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	31
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	33
COBERTURA DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO	40
COBERTURA DE INCAPACIDADE TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE	44
COBERTURA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E TOTAL POR ACIDENTE OU DOENÇA	48
COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE	52
COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA	56
COBERTURA DE FALÊNCIA.....	60
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES - DG	63

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo Segurado, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, conforme especificado no Certificado Individual, durante a vigência do seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.
 - 1.1.1. Este Seguro não pode ser contratado por menores de 14 (quatorze) anos.
 - 1.1.2. O proponente menor de 18 (dezoito) anos deverá ser assistido pelos pais ou responsável legal.
- 1.2. **A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação, com devolução do prêmio ao responsável pelo pagamento referente ao período a decorrer, se houver.**
- 1.3. **Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor do capital segurado, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.**
 - 1.3.1. **Quando a modalidade de capital segurado contratada para a cobertura for a de Capital Segurado Vinculado ou de Capital Segurado Variável, não há diferença a ser paga ao Segurado ou ao segundo beneficiário indicado.**
- 1.4. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.5. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.6. As condições gerais e especiais deste produto protocolizadas pela seguradora junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do processo SUSEP constante nas condições contratuais do seguro.
- 1.7. O Segurado também poderá utilizar a plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores supervisionados, pessoas físicas ou jurídicas, pelo site www.consumidor.gov.br.
- 1.8. **Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a cobertura do seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das condições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão dos termos técnicos utilizados nestas condições contratuais, incluímos uma relação com os principais termos utilizados, a qual passa a fazer parte integrante das condições contratuais.

- 2.1. **ACIDENTE PESSOAL:** Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.
- 2.2. **APÓLICE:** É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
- 2.3. **AUTÔNOMO:** É todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício e por conta própria e com assunção de seus próprios riscos.
- 2.4. **AVISO DE SINISTRO:** É a comunicação imediata da ocorrência de um sinistro que o Segurado está obrigado a fazer à seguradora, por si ou por seu representante, no momento em que tome conhecimento dele.
- 2.5. **AVISO PRÉVIO:** Para fins deste seguro, é a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregador ao empregado. Não será considerado como Aviso Prévio, a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregado.
A cópia do aviso prévio será exigida para fins de avaliação de sinistros.
- 2.6. **BENEFICIÁRIO:** É a pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 2.7. **CAPITAL SEGURADO:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.
- 2.8. **CAPITAL SEGURADO FIXO:** Modalidade de seguro prestamista em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.
- 2.9. **CAPITAL SEGURADO VARIÁVEL:** Modalidade de seguro prestamista em que o capital segurado está atrelado a obrigação cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro, tal como, mas não se limitando a, fatura de cartão de crédito e dívida de cheque especial.
- 2.10. **CAPITAL SEGURADO VINCULADO:** Modalidade de seguro prestamista em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- 2.11. **CARÊNCIA:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro, 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. Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

- 2.12. **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** É o documento destinado ao Segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro, inclusão ou cancelamento de cobertura, ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.
- 2.13. **COBERTURAS:** São as obrigações que a seguradora assume com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.
- 2.14. **CREDOR:** É a pessoa jurídica com a qual o Segurado contraiu a obrigação objeto deste seguro, podendo este ser o estipulante da Apólice ou empresa de seu grupo.
- 2.15. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** É conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.
- 2.16. **CONDIÇÕES GERAIS:** É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos Segurados, dos beneficiários e do estipulante.
- 2.17. **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.18. **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.
- 2.19. **CONTRATO DE SEGURO:** É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos Segurados, e dos beneficiários.
- 2.20. **CORRETOR:** É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas.
- 2.21. **DECLARAÇÃO MÉDICA:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico do Segurado ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.22. **DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE:** É o documento em que o proponente, pessoa física, presta informações relacionadas às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela seguradora para avaliação do risco e na regulação de evento coberto.
- 2.23. **DEVEDOR:** Aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- 2.24. **DOENÇA:** Para fins das coberturas de incapacidade temporária, é o distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o Segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o Segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 2.25. **DOENÇA CRÔNICA:** Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos.

- 2.26. **DOENÇA PREEXISTENTE:** Doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à contratação do seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico/hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.
- 2.27. **DOLO:** É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.
- 2.28. **EMPREGADO EM TEMPO INTEGRAL:** É o trabalhador com contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – que tenha jornada mínima semanal de 30 horas.
- 2.29. **EMPRESÁRIO:** É a pessoa física que exerce atividade econômica organizada para a produção ou circulação de bens e serviços nos termos da legislação em vigor, e que esteja sujeito ao regime jurídico de decretação de falência. Não é considerado empresário sujeito à falência, pela legislação em vigor, o profissional liberal ou autônomo não registrado e o explorador de atividade rural.
- 2.30. **ESTADO DE INSOLVÊNCIA:** É o estado no qual o empresário não consegue cumprir as suas obrigações nos prazos estabelecidos com terceiros sem motivo justificado.
- 2.31. **ESTIPULANTE:** É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo também, no caso desta Apólice, o Credor ou empresa de seu grupo.
- 2.32. **EVENTO COBERTO:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas.
- 2.33. **FALÊNCIA:** É o procedimento judicial destinado à satisfação dos credores de devedor empresário.
- 2.34. **FRANQUIA:** Pode ser definida como um percentual do capital segurado da cobertura ou um valor fixo, correspondente a participação do segurado nas despesas indenizáveis decorrentes de sinistros cobertos, ou, ainda, um período em dias, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.
- 2.35. **GRUPO SEGURADO:** É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva.
- 2.36. **GRUPO SEGURÁVEL:** É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.
- 2.37. **HOSPITAL:** É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**
- 2.38. **INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA:** É incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

- 2.39. **INDENIZAÇÃO:** É o montante do capital segurado que a seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seus Beneficiários em decorrência de um Evento Coberto por este seguro.
- 2.40. **MÉDICO:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. O médico assistente, para efeito de comprovação da cobertura do sinistro **não poderá ser o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, ou alguém que residir com o Segurado, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- 2.41. **MEIOS REMOTOS:** Aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.
- 2.42. **OBRIGAÇÃO:** Produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
- 2.43. **PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO:** é a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, mutuário, titular do cartão ou cliente por tempo indeterminado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, de forma unilateral pelo empregador, que não tenha sido motivada pelo Segurado, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nos Riscos Excluídos do seguro.
- 2.44. **PRÊMIO:** É o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.
- 2.45. **PRÊMIO PURO:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de Apólice, se houver
- 2.46. **PROPONENTE:** É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.47. **PROPOSTA DE ADESÃO:** É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.48. **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.49. **RISCO:** Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.
- 2.50. **RISCO COBERTO:** Risco previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização do seguro.
- 2.51. **RISCOS EXCLUÍDOS:** Eventos preestabelecidos nas condições gerais ou especiais do seguro, que isentam a seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.
- 2.52. **SEGURADO:** É pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

- 2.53. **SEGURADORA:** É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas condições gerais é a **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**
- 2.54. **SINISTRO:** É a ocorrência do evento coberto durante a vigência do seguro.
- 2.55. **VIGÊNCIA DO SEGURO:** É o período fixado para validade do seguro, durante o qual a Apólice de Seguro está em vigor.
- 2.56. **VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL:** É o período estabelecido no Certificado Individual em que o Segurado está coberto pelas coberturas do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. As coberturas deste seguro são as mencionadas a seguir, e estão descritas nas respectivas condições especiais:
- Morte
 - Morte Acidental
 - Invalidez Permanente Total por Acidente
 - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
 - Perda Involuntária de Emprego
 - Incapacidade Total e Temporária por Acidente
 - Incapacidade Total e Temporária por Acidente ou Doença
 - Internação Hospitalar decorrente de Acidente
 - Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença
 - Falência
 - Doenças Graves
- 3.2. As coberturas poderão ser contratadas livremente, respeitando-se as conjugações de planos estabelecidas no contrato de seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS:

- 4.1. **Estão excluídos da cobertura deste seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **Obrigações vencidas previamente à data do evento coberto;**
 - b) **Despesas com juros ou mora, exceto se expressamente previstas no Contrato de Seguro;**
 - c) **Compras realizadas em nome do Segurado, ou sob sua responsabilidade de pagamento, na data ou a partir da data do evento coberto;**
 - d) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

- e) Invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- f) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado, não declaradas na proposta de adesão;
- g) Suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência do Certificado Individual ou de sua recondução depois de suspenso;
- h) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- i) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- j) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, e envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- k) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- l) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- m) Ato terrorista ou relacionado a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;
- n) Eventos ocorridos antes da contratação do seguro ou durante o período de carência da cobertura, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- o) Autolesão voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- p) Viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados;
- q) Riscos garantidos por coberturas não contratadas.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. Para as coberturas de Morte, de Morte Acidental, de Invalidez Permanente Total por Acidente, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e de Doenças Graves o âmbito geográfico das coberturas é o globo terrestre.

- 5.2. Para ser elegível às coberturas de Perda Involuntária de Emprego, Incapacidade Total e Temporária por Acidente, Incapacidade Total e Temporária por Acidente ou Doença, Internação hospitalar decorrente de Acidente, Internação hospitalar decorrente de Acidente ou Doença e Falência, o Segurado deverá exercer suas atividades laborativas exclusivamente em território brasileiro.
- 5.2.1. **Estão cobertos somente os eventos relacionados à incapacidade física total e temporária e/ou invalidez, cujo diagnóstico tenha sido realizado em território brasileiro.**

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1. É facultada a fixação de carência para as coberturas deste seguro, desde que estabelecidas nas condições contratuais ou na proposta, e constantes do Certificado Individual.
- 6.1.1. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, de adesão ao seguro e/ou de recondução.
- 6.1.2. O período de carência será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual.
- 6.1.3. A seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.
- 6.1.4. O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de capital segurado, após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.
- 6.1.5. Caso o grupo Segurado seja transferido de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela Apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características.
- 6.2. As coberturas de Perda Involuntária de Emprego, Perda de Renda por Incapacidade Total e Temporária por Acidente, Perda de Renda por Incapacidade Total e Temporária por Acidente ou Doença estão sujeitas ao período de franquia definido nas condições contratuais ou na proposta, e constante do Certificado Individual.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. O contrato e a proposta de contratação deverão ser assinados obrigatoriamente pelo estipulante e/ou seu representante legal.
- 7.2. A seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da proposta de contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 7.3. A seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da proposta de contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

- 7.4. A não aceitação da proposta de contratação, por parte da seguradora, será comunicada por escrito ao estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou, na sua falta, pelo INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor).
- 7.5. Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio, pago antecipadamente pelo estipulante, até a data da formalização da recusa da proposta de contratação, haverá garantia pelo seguro.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

- 8.1. A contratação do presente seguro é coletiva e a inclusão dos Segurados na Apólice se dará por meio da proposta de adesão.
- 8.2. A proposta de adesão deverá ser assinada pelo proponente ou seu representante. As condições gerais e especiais deste seguro deverão estar à disposição dos proponentes e Segurados.
 - 8.1.1. A adesão ao seguro também poderá ser feita por meios remotos, ou seja, por meio de login e senha ou certificado digital, necessariamente pré-cadastrados pelo proponente ou seu representante legal em ambiente seguro, ou por tecnologia de identificação biométrica. Quando intermediada por corretor, a contratação implicará no fornecimento de login e senhas individualizadas para o corretor e para o proponente.
 - 8.1.1.1. A seguradora enviará ao proponente ou seu representante legal, pelo meio remoto utilizado, os protocolos e as demais informações previstas na legislação e regulamentação em vigor.
 - 8.1.1.2. O Segurado terá garantida a possibilidade de imprimir o Certificado Individual ou, mediante solicitação verbal à seguradora a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física.
 - 8.1.1.3. Na contratação por meios remotos, o proponente poderá desistir do seguro no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da formalização da proposta de adesão mediante requerimento físico entregue junto à seguradora, ou ainda por meios remotos com o fornecimento de protocolo. Se o proponente exercer o direito de arrependimento previsto nesta cláusula, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos de imediato, respeitado o meio de pagamento utilizado pelo proponente, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo Segurado.
- 8.3. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 8.4. A seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta de adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no seguro.

- 8.5. A seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela seguradora das informações adicionais.
- 8.6. É facultado à seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.
- 8.7. Decorrido o prazo estipulado no item 8.2 sem que tenha havido manifestação da seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
- 8.8. Caso a proposta de adesão não seja aceita pela seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou, na sua falta, pelo INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor). Para atualização do prêmio será considerado o período desde a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa. Neste período o proponente estará coberto pelo seguro.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 9.1. O início de vigência e o prazo de vigência da Apólice serão estabelecidos na proposta de contratação.
 - 9.1.1. O início e término de vigência da Apólice de Seguro será às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas indicadas.
- 9.2. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o estipulante ou a seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.
 - 9.2.1. A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do estipulante, dos Segurados e da seguradora.
 - 9.2.2. **A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo estipulante, exclusivamente.**
- 9.3. Caso a seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o estipulante com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1. A seguradora emitirá e enviará o Certificado Individual do seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.
 - 10.1.1. Nos casos de adesão por meios remotos, a seguradora disponibilizará o Certificado Individual para impressão ou “download” do documento pelo Segurado.

- 10.2. O início e o término de vigência da cobertura individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e especificado no Certificado Individual, e ocorrerá sempre às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas nele indicadas.
- 10.2.1. Quando a obrigação possuir data prevista de término, o prazo do seguro corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado, sendo as datas de início e término especificadas no Certificado Individual, e na Apólice, quando couber.
- 10.2.2. Quando a obrigação perdurar por período indeterminado, os prazos de vigência serão acordados entre as partes.
- 10.2.3. O prazo final de vigência de cada Certificado Individual não poderá ultrapassar o final de vigência da Apólice.
- 10.3. Os seguros cujas propostas sejam recepcionadas sem o adiantamento do pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data da aceitação da proposta de adesão ou em data distinta, desde que expressamente acordada no contrato.
- 10.4. Os seguros cujas propostas sejam recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta de adesão pela sociedade seguradora.
- 10.5. A cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice ou do respectivo Certificado Individual, se este não for renovado.
- 10.6. Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser imediatamente e formalmente comunicada, sendo que:
- I. se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período excedente; e
- II. se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.
- 10.7. **No caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.**

11. CAPITAL SEGURADO

- 11.1. A modalidade de capital segurado contratada será estabelecida na proposta de adesão, e constará do Certificado Individual, especificando a obrigação à qual o seguro está vinculado. Modalidades passíveis de contratação:
- 11.1.1. Capital Segurado Vinculado: Modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste;
- 11.1.2. Capital Segurado Variável: Modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, que possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro, respeitado o limite de Capital Segurado fixado contratualmente;

- 11.1.3. Capital Segurado Fixo: Modalidade em que o Capital Segurado não varia ao longo da vigência do seguro, independentemente das alterações no valor ou saldo da obrigação a que o Seguro está atrelado.
- 11.2. O capital segurado contratado para cada cobertura constará do Certificado Individual e corresponde à importância máxima vigente na data do evento a ser paga pela seguradora, na ocorrência de evento coberto, e será expresso em moeda corrente nacional.
- 11.3. Os Capitais Segurados das coberturas de Perda Involuntária de Emprego, de Incapacidade Total e Temporária por Acidente, de Incapacidade Total e Temporária por Acidente ou Doença, de Internação hospitalar decorrente de Acidente, de Internação hospitalar decorrente de Acidente ou Doença e de Falência corresponderão valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado, e pelo número de parcelas contratado, limitado ao número de parcelas faltantes para a quitação do compromisso.
- 11.4. Nos casos em que haja composição de renda para assumir o compromisso financeiro, o capital segurado contratado para cada Segurado será proporcional à participação da renda do Segurado no valor total da composição.
- 11.5. **Qualquer aumento de responsabilidade não previsto inicialmente na obrigação será considerado um novo seguro, ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para a aceitação da proposta de adesão.**
- 11.6. Desde que expressamente definido no Contrato de Seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do Segurado poderão ser incorporados ao valor do Capital Segurado Vinculado ou Capital Segurado Variável, e conseqüentemente à indenização a ser paga em caso de sinistro coberto.

12. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

- 12.1. Os Capitais Segurados e os prêmios correspondentes, quando contratadas as modalidades Capital Segurado Vinculado ou Capital Segurado Variável, não serão atualizados monetariamente.
- 12.1.1. De acordo com o estabelecido na proposta e no Certificado Individual, o prêmio será fixo ou recalculado na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração nos Capitais Segurados.
- 12.1.2. O prêmio será recalculado na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração nos Capitais Segurados Variáveis.
- 12.2. Quando contratada a modalidade Capital Segurado Fixo, os valores dos prêmios e dos capitais Segurados poderão ser reajustados anualmente na data de aniversário do seguro, conforme o estabelecido na proposta no Certificado Individual.
- 12.2.1. Caso prevista a atualização monetária, o índice a ser utilizado será apurado com base na variação anual acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE, observada até o mês que antecede ao do aniversário do seguro.

12.2.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

12.2.2. Os seguros com vigência igual ou inferior a um ano não terão atualização de valores.

13. CUSTEIO DO SEGURO

13.1. Para fins deste seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a) **Não contributário:** aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao estipulante;
- b) **Contributário:** aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.1. Para garantir o direito à cobertura, o Segurado e/ou estipulante deverão efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.

14.2. O pagamento dos prêmios poderá ser feito em parcela única, de forma periódica (mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual) ou de forma fracionada, conforme definido no contrato e no Certificado Individual.

14.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento de tal parcela do prêmio poderá ser feito até o 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.

14.4. **Para os Certificados Individuais emitidos com prazo para pagamento do prêmio único ou da primeira parcela, a não quitação do respeito débito até o dia previsto acarretará o cancelamento do seguro 10 (dez) dias após a comunicação prévia ao Segurado, no caso de seguro contributário, ou ao estipulante.**

14.5. **No caso de seguro contributário, e pagamento de forma periódica (mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual), decorrido o prazo de pagamento das demais parcelas após a primeira sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura do seguro será automaticamente suspensa pelo período de atraso, até o período máximo estabelecido no contrato de seguro e informado no documento de cobrança, sendo cancelado o prêmio correspondente ao período da suspensão. Se ocorrer um sinistro, o Segurado e/ou beneficiários ficarão sem direito a receber indenização por quaisquer das coberturas contratadas.**

14.5.1. **Findo o prazo de suspensão sem que seja retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do Certificado Individual 10 (dez) dias após a comunicação prévia ao Segurado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.**

- 14.5.2. A reabilitação do seguro se dará a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.
- 14.6. No caso de seguro não contributivo, o não pagamento da parcela de prêmio na data do vencimento constitui o estipulante em mora, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.
- 14.6.1. Em havendo parcelas de prêmio não pagas, o recebimento pela seguradora de qualquer valor referente ao prêmio do seguro não implicará em novação ou renúncia de direito, permanecendo o estipulante em mora desde a data do vencimento da parcela não paga mais antiga.
- 14.6.2. Se o estipulante permanecer inadimplente (não efetuar o pagamento) por período superior ao estabelecido no contrato de seguro, a Apólice será cancelada.
- 14.7. Nos casos de fracionamento do prêmio:
- 14.7.1. Não será cobrado qualquer valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.
- 14.7.2. Será garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.
- 14.7.3. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base a tabela abaixo. Para percentuais não previstos na tabela deverá ser aplicado o percentual imediatamente superior.

Relação % entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total	Fração a ser aplicada sobre a vigência original (correspondente ao Prêmio Total)
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365

Relação % entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total	Fração a ser aplicada sobre a vigência original (correspondente ao Prêmio Total)
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

- 14.7.4. A seguradora, obrigatoriamente, informará ao Segurado ou ao seu representante legal, pelo meio de comunicação formal preferencial informado na proposta, o novo prazo de vigência ajustado.

- 14.7.4.1. O novo prazo de vigência não será anterior à data de vencimento da parcela não quitada em seu vencimento ou à data correspondente ao prazo de 10 (dez) dias após a comunicação formal.
- 14.7.5. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da cobertura.
- 14.7.6. **Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou no caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de curto prazo não resulte em alteração do prazo de vigência, a cobertura do seguro cessa automaticamente, de acordo com o item 17.1.**
- 14.8. Se um eventual sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 14.9. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
- 14.10. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando, de forma proporcional, a parte correspondente ao período em que vigorou a cobertura.
- 14.11. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento até a data da devolução, com base na variação positiva do índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).
- 14.11.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 14.12. O recolhimento de prêmios pelo estipulante, em nome da seguradora, poderá ser realizado por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo mesmo em sua atividade principal, como carnês, boletos ou faturas de cartões de crédito, desde que o valor destinado ao prêmio esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação.
- 14.13. É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.
- 14.14. A ausência do repasse à seguradora pelo responsável apenas pelo recolhimento dos prêmios por meio de consignação em folha (consignante), não causará qualquer prejuízo aos Segurados no que se refere às coberturas e demais direitos.

- 14.15. **De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.**
- 14.16. **No caso de contratação do seguro por meios remotos, a seguradora enviará as informações sobre vencimentos das parcelas, atrasos e confirmação de pagamento pelo meio escolhido pelo Segurado. A confirmação de quitação do primeiro pagamento com a utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação ou renovação do seguro.**
- 14.17. **As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da Apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo Segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da seguradora de rescindir o seguro, mediante comunicação aos Segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice.**

15. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 15.1. **Constituem obrigações do estipulante:**
 - I. **Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;**
 - II. **Manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;**
 - III. **Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;**
 - IV. **Repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;**
 - V. **Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;**
 - VI. **Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;**
 - VII. **Comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
 - VIII. **Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**
 - IX. **Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e;**
 - X. **Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.**

- 15.2. **É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:**
- I. **Cobrar dos Segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e**
 - II. **Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.**

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 16.1. **A Apólice de Seguro ficará automaticamente cancelada na hipótese de falta de pagamento do prêmio, conforme previsto no item 14 PAGAMENTO DE PRÊMIO.**
- 16.2. **A Apólice pode ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.**
- 16.3. No caso de cancelamento do seguro pago em parcela única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido. Quando adotado o fracionamento do prêmio, e na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a sociedade seguradora reterá, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 14.7.
- 16.3.1. Neste caso, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do Segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.
- 16.3.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 16.4. As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 17.1. **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente, de pleno direito, ao final do prazo de vigência do Certificado Individual ou da Apólice de Seguro, se esta não for renovada.**
- 17.2. **A cobertura do Segurado cessa, ainda:**
- a) **Com o falecimento do Segurado;**

- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o estipulante, salvo disposição em contrário no contrato de seguro;
 - c) Com o pagamento de indenização pelas coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou de Doenças Graves, e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data do sinistro, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
 - d) Quando o Segurado solicitar sua exclusão do seguro;
 - e) Com a falta de pagamento do prêmio, conforme previsto no item 14 PAGAMENTO DE PRÊMIO;
 - f) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;
 - g) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado, no ato da contratação ou durante a vigência do seguro; ou
 - h) Quando a seguradora cancelar o seguro, nos casos previstos no item 22. PERDA DE DIREITOS.
- 17.3. Além dos eventos acima, para as coberturas de Perda Involuntária de Emprego, de Incapacidade Total e Temporária por Acidente e de Incapacidade Total e Temporária por Acidente ou Doença, de Internação hospitalar decorrente de Acidente, de Internação hospitalar decorrente de Doença e Falência, a cobertura se encerrará automaticamente quando da ocorrência de qualquer evento abaixo, o que ocorrer primeiro:
- a) Na data em que o Segurado atingir 65 anos de idade. No entanto, se o Segurado está recebendo a indenização mensal e atingir 65 anos, o sinistro continuará a ser pago até o final do período definido no Certificado Individual, mas a cobrança de prêmios mensais cessa aos 65 anos. Após término do pagamento da indenização o seguro será cancelado.
 - b) Na data de aposentadoria permanente do Segurado.

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 18.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, beneficiário ou seu representante.
- 18.2. Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário ou o próprio Segurado, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) **Do Segurado:**
 - RG;
 - CPF;
 - Certidão de Nascimento ou Casamento;
 - Comprovante de residência com referência nominal ao Segurado;
 - Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu beneficiário;

- Declaração de Herdeiros.
 - b) **Do(s) beneficiário(s):**
 - Pais: RG, CPF e comprovante de residência;
 - Cônjuge: Certidão de Casamento, RG, CPF e comprovante de residência;
 - Companheira (o): RG, CPF, comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS e comprovante de residência;
 - Filhos: Certidão de Nascimento, RG e comprovante de residência, sendo que:
 - I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
 - c) **Autorização para pagamento da indenização por meio de crédito em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora).**
- 18.3. **Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das condições especiais das coberturas contratadas.**

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 19.1. **Caso haja mais de um Segurado na composição da renda para assumir o compromisso financeiro, o valor da indenização será proporcional ao percentual de responsabilidade correspondente ao Segurado que tenha falecido ou se tornado inválido, prevalecendo o percentual vigente na data do sinistro.**
- 19.2. **Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do Segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências por esta determinada.**
- 19.3. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda nacional.
- 19.4. A seguradora após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o Segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização.
- 19.5. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:
- I- Para a cobertura de Morte: **a data do falecimento do Segurado;**
 - II- Para as coberturas de Morte Acidental, de Invalidez Permanente Total por Acidente e de Incapacidade Total e Temporária por Acidente: **a data do acidente;**

- III- Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: **a data da declaração médica;**
 - IV- Para a cobertura de Incapacidade Total e Temporária por Acidente ou Doença: **a data do laudo médico.**
 - V- Para as coberturas de Internação hospitalar decorrente de Acidente e de Internação hospitalar decorrente de Doença: a data da internação do Segurado por determinação médica.
 - VI- Para a cobertura de Perda Involuntária de Emprego: **a data do rompimento do vínculo empregatício;**
 - VII- Para a cobertura de Falência: **a data da decretação da falência;**
 - VIII- Para a cobertura de Doenças Graves: **a data do primeiro diagnóstico em vida do Segurado, determinado pelo médico assistente do Segurado e comprovado mediante declaração médica.**
- 19.6. O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas condições gerais e especiais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.
- 19.7. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.
- 19.8. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.
- 19.8.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação.
- 19.8.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 19.8.3. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.
- 19.9. **As indenizações por morte acidental, por invalidez permanente total por acidente e por incapacidade total e temporária por acidente não se acumulam.**
- 19.10. As providências ou atos que a seguradora praticar após o recebimento da comunicação do evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

- 19.11. O pagamento de indenização por uma cobertura não significa o reconhecimento da cobertura por qualquer outra cobertura envolvendo o mesmo evento gerador.
- 19.12. Caso as coberturas previstas por este seguro se extinguem pela ocorrência de um eventual sinistro, e havendo cobrança e/ou pagamento de prêmio após a data de aviso do sinistro, os valores de prêmios pagos serão devolvidos devidamente atualizados conforme item 14.11.

20. JUNTA MÉDICA

- 20.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 20.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela seguradora.
- 20.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 20.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 20.5. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao Segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

21. PERÍCIA DA SEGURADORA

- 21.1. Em todas as notificações de internação hospitalar poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médico-hospitalares.
- 21.2. O Segurado, ao propor a contratação do seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar, ou hospitalar, requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a seguradora.
- 21.3. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

22. PERDA DE DIREITOS

- 22.1. O Segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente seguro quando:
- a) Deixar de cumprir as obrigações convencionadas nas condições gerais e especiais do seguro;
 - b) Agravar intencionalmente o risco Segurado;
 - c) Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o Segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente seguro;
 - d) Fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a seguradora poderá:
 - I- Na hipótese de não ocorrência do sinistro: 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;
 - II- Na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: 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 indenizado;
 - III- Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.
 - e) Deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;
 - f) Deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;
 - g) O sinistro decorrer de dolo do Segurado, má fé, fraude e/ou simulação, atos negligentes, imprudentes ou de alto risco.
- 22.2. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por comunicação formal, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 22.3. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23. BENEFICIÁRIOS

- 23.1. O beneficiário em todas as coberturas deste seguro é o credor, pelo valor do saldo da obrigação a que o seguro está atrelado, respeitado o limite de capital segurado contratado, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, quando for o caso, ser paga a um segundo beneficiário, indicado pelo Segurado, ao próprio Segurado ou a seus herdeiros legais.
- 23.2. A indicação de um segundo beneficiário para as coberturas de Morte ou Morte Acidental é de livre escolha do Segurado, que poderá fazer inclusão, alteração ou exclusão a qualquer tempo mediante solicitação por escrito.
- 23.2.1. Se houver a indicação de mais de um beneficiário, o Segurado deverá estipular, no momento da nomeação, o percentual da indenização que será destinado a cada um.
- 23.2.2. Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o saldo de capital segurado ao antigo beneficiário designado.
- 23.2.3. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.
- 23.2.4. Na falta de indicação expressa de segundo beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:
- a) Para Segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;
 - b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei;
 - c) Na falta do cônjuge ou companheiro (a), devidamente reconhecido (a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;
 - d) Na falta de cônjuge, companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 23.3. Para as demais coberturas não listadas nos itens anteriores, o segundo beneficiário é o próprio Segurado.

24. CONDIÇÕES DE EMBARGOS E SANÇÕES

24.1. DEFINIÇÃO

24.1.1. **EMBARGOS E SANÇÕES:** significa listas e/ou medidas que imponham restrição, proibição ou sanção contra jurisdições, pessoas físicas ou jurídicas ou bens e materiais, impedindo ou restringindo celebração de operações comerciais ou financeiras, em razão do combate à lavagem de dinheiro, ao financiamento ao terrorismo e a outros ilícitos correlatos, decorrentes da legislação brasileira, de organismos multilaterais como a Organização das Nações Unidas – ONU (<https://nacoesunidas.org/conheca/>) e o FATAF-GAFI (<https://www.fatf-gafi.org/>), e/ou de forma unilateral por qualquer lei ou resolução imposta por outras jurisdições como os Estados Unidos da América (por exemplo, a Export Administration Regulations - EAR <https://www.bis.doc.gov/index.php/regulations/export-administration-regulations-ear> ou Office of Foreign Assets Control - OFAC <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>), Reino Unido ou União Europeia (<https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>), na qual o SEGURADO, o BENEFICIÁRIO ou a operação ou bem Segurado se enquadre ou venha a se enquadrar durante a VIGÊNCIA da APÓLICE. Entende-se, ainda, por EMBARGOS E SANÇÕES qualquer restrição, proibição ou sanção imposta pelas normas e resoluções acima mencionadas que impeça o pagamento de um SINISTRO, seja pela jurisdição onde o SINISTRO ocorreu ou pela jurisdição à qual o pagamento se destina.

24.2. EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES

24.2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados na cláusula “4. RISCOS EXCLUÍDOS” destas condições gerais, as coberturas previstas na APÓLICE não se aplicam caso o SEGURADO ou BENEFICIÁRIO venha a sofrer qualquer sanção ou restrição imposta por quaisquer EMBARGOS E SANÇÕES ou a eles relacionados, caracterizado no momento do sinistro.

24.3. PERDA DE DIREITOS POR EMBARGOS E SANÇÕES

24.3.1. O SEGURADO perderá o direito à indenização na ocorrência de EMBARGOS E SANÇÕES caso pratique qualquer ato doloso verificado na ocorrência do SINISTRO e relacionado com o evento gerador do SINISTRO.

24.3.2. Caso o Segurado silencie de má-fé o fato de ter sofrido qualquer restrição ou imposição de EMBARGOS E SANÇÕES, ficará caracterizado o agravamento de risco e se aplicará o disposto na cláusula “22. PERDA DE DIREITOS” destas condições gerais.

24.4. SUSPENSÃO DE PAGAMENTOS POR EMBARGOS E SANÇÕES

24.4.1. O pagamento de quaisquer indenizações devidas no âmbito desta APÓLICE fica suspenso a partir da data de ingresso do SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou OBJETO da APÓLICE nas referidas listas de EMBARGOS E SANÇÕES, sendo a cobertura reestabelecidas à 0:00 hora do dia subsequente à data de exclusão do SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou OBJETO DA APÓLICE das referidas listas de EMBARGOS E SANÇÕES.

- 24.4.2. Durante o período no qual o SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou o OBJETO da APÓLICE estiver nas listas de EMBARGOS E SANÇÕES, ficam suspensos os pagamentos de quaisquer indenizações devidas pela SEGURADORA por força da presente APÓLICE, até que tal EMBARGO E SANÇÃO cesse ou até que ocorra decisão judicial final para este fim.
- 24.4.3. A SEGURADORA poderá, ainda, suspender pagamentos de qualquer natureza no caso de indisponibilidade de bens do SEGURADO ou BENEFICIÁRIO sancionado nos termos da Lei nº 13.810/2019 e quaisquer alterações subsequentes.

25. ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 25.1. Nenhuma alteração no seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância das partes contratantes.
- 25.2. Qualquer modificação do seguro em vigor, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.
- 25.2.1. Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos Segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.
- 25.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições contratuais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

26. PRESCRIÇÃO

- 26.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27. FORO

- 27.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Morte consiste no pagamento de uma indenização com a finalidade amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo Segurado, de uma única vez, respeitado o limite de capital segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Estão excluídos desta cobertura todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) Certidão de óbito do Segurado;
 - b) Cópia da Declaração Médica Por Doença assinada pelo médico assistente;
 - c) Cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - d) Cópia dos exames médicos;
 - e) Cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o Segurado ao óbito;
 - f) Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - g) Laudo de necropsia, se houver;
 - h) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - i) Cópia do contrato de financiamento ou do compromisso financeiro; e
 - j) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, incluindo encargos e mora, na data do sinistro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Morte Acidental consiste no pagamento de uma indenização com a finalidade amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo Segurado, de uma única vez, respeitado o limite de capital segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - b) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) Certidão de óbito do Segurado;
 - b) Laudo de necropsia, se houver;
 - c) Cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - d) Cópia dos exames médicos;
 - e) Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - f) Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - g) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - h) Cópia do contrato de financiamento ou do compromisso financeiro; e
 - i) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, incluindo encargos e mora, na data do sinistro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente consiste no pagamento de uma indenização com a finalidade amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo Segurado, de uma única vez, respeitado o limite de capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos no item 2 a seguir, em decorrência de lesão física sofrida pelo Segurado, provocada por acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**

1.1.1. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

1.1.3. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

1.1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;

- Alienação mental total e incurável.
- 2.2. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista no item anterior, a indenização não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.
- 2.3. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e conseqüente reconhecimento da invalidez pela seguradora.
- 2.4. Após indenizada a invalidez permanente total por acidente, a cobertura do seguro cessa automaticamente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
 - a) Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - b) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - c) Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - d) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez;
 - e) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
 - f) Cópia do contrato de financiamento ou do compromisso financeiro; e
 - g) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, incluindo encargos e mora, na data do sinistro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença consiste no pagamento de uma indenização com a finalidade amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo Segurado, de uma única vez, respeitado o limite de capital segurado contratado, no caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado, conseqüente de doença que cause a perda de sua “Existência Independente”, conforme especificado no item “**3. RISCOS COBERTOS**” destas condições especiais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**
 - 1.1.1. 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. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “**5 - PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO**” nestas condições especiais.
 - 1.1.2. 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.
 - 1.1.3. **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.**
 - 1.1.4. **A seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.**
 - 1.1.5. **Após indenizada a invalidez funcional permanente total por doença, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença.
- 2.2. **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

- 2.3. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8. **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** No caso da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. **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.
- 2.21. **Doença Profissional:** Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.22. **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. **Etiologia:** Causa de cada doença.

- 2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. **Hígido:** Saudável.
- 2.26. **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30. **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.32. **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.33. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.34. **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-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:
- Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - 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;
 - 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;
 - Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas 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;
 - Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo a estas condições especiais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos: “Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos” e “Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade”.

3.2.1. A “Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos” avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

3.2.1.2. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.1.3. Todos os Atributos constantes no documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.2.2. A “Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade” valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.2.2.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física causada por acidente pessoal;
 - b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
 - c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) Declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, informando inclusive se há ou não a indicação de curatela. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item “3. RISCOS COBERTOS” destas condições especiais;
 - b) Relatório do médico-assistente do Segurado:
 - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
 - c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
 - d) Cópia do contrato de financiamento ou do compromisso financeiro; e
 - e) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, incluindo encargos e mora, na data do sinistro.

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

Atributos	Escala	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 pensamento, memória e juízo de valor.	00
	2º Grau O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º Grau O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda 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	1º Grau O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º Grau O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º Grau O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, se encontra em estágio que demanda suporte médico mantido (controlado), que acarreta restrição ampla a esforços físicos e que compromete a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Atributos	Escala	Pontos
Conectividade do Segurado com a vida	1º Grau O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º Grau O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter as necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)	10
	3º Grau O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

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
Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade	04
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Perda Involuntária de Emprego consiste no pagamento de parcelas referentes a obrigação assumida pelo Segurado, respeitado o limite de capital segurado contratado, quando o Segurado é incapaz de efetuar o pagamento devido à perda involuntária de emprego durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**
 - 1.1.1. **A cobertura de Perda Involuntária de Emprego não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.**
 - 1.1.2. **Na data de contratação do seguro, o Segurado deverá ter um período mínimo de 12 (doze) meses, ininterruptos, como empregado em tempo integral de um mesmo empregador. Caso o Segurado possua mais de um vínculo empregatício elegível ao seguro, para efeito deste seguro será coberto apenas o vínculo empregatício que gera a maior renda ao Segurado.**
 - 1.1.3. **Após a indenização de um evento de desemprego involuntário, o Segurado deverá comprovar um novo período de 12 (doze) meses ininterruptos como empregado em tempo integral de um mesmo empregador, período a ser contado a partir da data de ocorrência do último evento de desemprego indenizado ou da data da contratação pelo novo empregador, a data que for mais recente, para que tenha direito à indenização de um outro evento de desemprego involuntário.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Aviso Prévio:** para fins deste seguro, é a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregador ao empregado. Não será considerado como Aviso Prévio, a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregado.
- 2.2. **Empregado em Tempo Integral:** para fins deste seguro, é o trabalhador com contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – que tenha jornada mínima semanal de 30 horas.
- 2.3. **Franquia:** corresponde ao número de dias contados a partir da data de desemprego do Segurado, em que ele deva permanecer desempregado antes que tenha elegibilidade para qualquer indenização. A Franquia será determinada no Certificado Individual, respeitados os limites das condições especiais da referida cobertura.

- 2.4. **Perda Involuntária de Emprego:** para fins deste seguro, é a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, mutuário, titular do cartão ou cliente por tempo indeterminado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, de forma unilateral pelo empregador, que não tenha sido motivada pelo Segurado, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nas exclusões da Apólice.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. Para contratar e ter direito a esta cobertura, é necessário cumprir os seguintes requisitos:
- ter sido empregado registrado, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, nos últimos 12 (doze) meses, ininterruptamente, pelo mesmo empregador;
 - ter idade acima de 18 anos e menor que 65 anos, observado o disposto no item 17.4 das condições gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- Extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017;
 - Renúncia ou pedido de demissão voluntária do emprego;
 - Demissão por justa causa;
 - Pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
 - Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;
 - Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
 - Segurado que trabalhar como profissional liberal, ou autônomos ou pensionistas.
 - Qualquer tipo de acordo entre empregado e empregador para terminar o contrato de trabalho.
 - Funcionários que tenham cargo público eletivo e que, cumulativamente, não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, secretários e outros de nomeação em Diário Oficial;
 - Funcionário público, exceto funcionários regidos pela CLT;
 - Campanhas de demissões em massa, entendidas para fins deste seguro como os casos em que empresas demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
 - Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
 - Quando o vínculo empregatício entre Segurado e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados;

- n) **Segurado que estiver afastado por acidente pessoal ou doença da sua função na data da contratação do seguro;**
- o) **Abandono de emprego por parte do Segurado, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;**
- p) **Demissão do Segurado ocorrida durante o período de carência do seguro;**
- q) **Perda de um vínculo empregatício quando o Segurado tiver mais de um vínculo simultâneo de mais de 30 horas, em empresa distinta, no mesmo período;**
- r) **Por fusões, falência, recuperação judicial ou extrajudicial ou privatização do empregador;**
- s) **Prestação de Serviço Militar;**
- t) **Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;**
- u) **Quando o Segurado for membro do conselho de administração da empresa, cujo Segurado é empregado;**
- v) **Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;**
- w) **Greves ou outras disputas trabalhistas.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado, limitado por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis.
 - 5.1.1. **A cobertura está restrita aos valores referentes às obrigações contratadas antes do evento coberto com vencimento durante o período em que o Segurado permanecer na condição de desempregado.**
 - 5.1.2. **Na modalidade Capital Segurado Fixo, o capital segurado não é necessariamente igual ao valor da parcela da obrigação.**
 - 5.1.3. **A indenização é devida pelo período em que o Segurado permanecer na condição de desempregado, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**
- 5.2. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento indenizado, sem a cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no item 1.1.3. destas condições especiais.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) **Cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho (CTPS): página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e página posterior em branco;**
 - b) **Cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias, em caso de desemprego involuntário;**

- c) Comprovante de recebimento do FGTS;
 - d) Carta do empregador;
 - e) Cópia do contrato de financiamento ou de compromisso (fatura do cartão, carnê, entre outros);
 - f) Cópia da documentação de seguro-desemprego, benefício oferecido pelo governo;
 - g) Cópia do contrato de financiamento ou do compromisso financeiro; e
 - h) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, incluindo encargos e mora, na data do sinistro.
- 6.2. **A periodicidade com a qual as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado à seguradora será mensal, e tem por finalidade comprovar a manutenção do estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização até o limite contratado.**
- 6.3. **Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório e, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior à data do desligamento, somada à quantidade de dias da franquia.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INCAPACIDADE TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Incapacidade Total e Temporária por Acidente consiste no pagamento de parcelas referentes a obrigação assumida pelo Segurado profissional liberal ou autônomo, que possa justificar uma atividade profissional, respeitado o limite de capital segurado contratado, quando o Segurado se tornar incapaz de exercer a sua profissão ou ocupação, de forma contínua e ininterrupta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **por causas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**
 - 1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura.**
 - 1.1.2. **No caso em que o Segurado atenda a todas as condições exigidas, preestabelecidas e determinadas tanto nestas condições especiais quanto nas condições gerais, o seguro providenciará o valor referente à dívida ou compromisso na data de vencimento, conforme os valores e a forma de capital segurado estabelecidos no Certificado Individual.**
 - 1.1.3. **Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**
 - 1.1.4. **O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do Segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o Segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o Segurado estiver recebendo tratamento médico.
- 2.2. **Franquia:** corresponde ao número de dias contados a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, antes que tenha elegibilidade para qualquer indenização.
- 2.3. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que assistir ao Segurado em caso de acidente não poderá ser o próprio Segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o Segurado.
- 2.4. **Profissional Autônomo e/ou Liberal:** são os profissionais que exerçam atividades sem qualquer vínculo empregatício, não registrados de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e que mantenham um vínculo através de contrato de prestação de serviços ou documento contábil comprobatório do exercício da atividade profissional.

3. ELEGIBILIDADE

3.1. Para contratar e ter direito a cobertura, é necessário cumprir os seguintes requisitos:

- a) Ser profissional autônomo e/ou liberal sem qualquer vínculo empregatício;
- b) Por ocasião da indenização estar impedido de exercer a sua profissão ou ocupação apenas em função do acidente;
- c) Ter idade acima de 18 anos e menor que 65 anos, observado o disposto no item 17.4 das condições gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
- b) Lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
- c) Entorses, distensões e contusões;
- d) Transtornos mentais e psiquiátricos;
- e) Lesões que não requerem atenção médica;
- f) Internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- g) Cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) Eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo Segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.
- j) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- k) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- l) Acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m) Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- n) Tratamento dental e tratamento ortodôntico de qualquer espécie, exceto quando decorrente de acidente pessoal que tenha ocorrido durante a vigência da cobertura;
- o) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

- p) **Quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado, limitado por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis.
- 5.1.1. **A cobertura está restrita aos valores referentes às obrigações contratadas antes do evento coberto com vencimento durante o período de afastamento.**
- 5.1.2. **Na modalidade Capital Segurado Fixo, o capital segurado não é necessariamente igual ao valor da parcela da obrigação.**
- 5.1.3. **A indenização é devida pelo período em que o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em decorrência de Acidente Pessoal coberto, enquanto estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**
- 5.2. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento indenizado, sem a cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no item 1.1.4. destas condições especiais.

6. FRANQUIA

- 6.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do Segurado de suas atividades laborativas.**
- 6.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 7.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - Relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
 - Atestado de Incapacidade Temporária por Acidente emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento;
 - Cópia do contrato de financiamento ou de compromisso;

- g) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do sinistro;
 - h) Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou; Inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal anterior ao afastamento no caso de trabalhadores por conta própria, ou; As demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado.
- 7.2. **A periodicidade com a qual as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado à seguradora será mensal, e tem por finalidade comprovar a manutenção do estado de incapacidade, para continuidade do processo de indenização até o limite contratado.**
- 7.3. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E TOTAL POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Incapacidade Total e Temporária por Acidente consiste no pagamento de parcelas referentes a obrigação assumida pelo Segurado profissional liberal ou autônomo, que possa justificar uma atividade profissional, respeitado o limite de capital segurado contratado, quando o Segurado se tornar incapaz de exercer a sua profissão ou ocupação, de forma contínua e ininterrupta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico **decorrente de acidente pessoal ou doença ocorridos durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**
 - 1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura.**
 - 1.1.2. **No caso em que o Segurado atenda a todas as condições exigidas, preestabelecidas e determinadas tanto nestas condições especiais quanto nas condições gerais, o seguro providenciará o valor referente à dívida ou compromisso na data de vencimento, conforme os valores e a forma de capital segurado estabelecidos no Certificado Individual.**
 - 1.1.3. **Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**
 - 1.1.4. **O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do Segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** de maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o Segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o Segurado estiver recebendo tratamento médico.
- 2.2. **Doença:** distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o Segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o Segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 2.3. **Doença Crônica:** doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos.
- 2.4. **Franquia:** corresponde ao número de dias contados a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, antes que tenha elegibilidade para qualquer indenização

- 2.5. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar a doença ou assistir ao Segurado em caso de acidente não poderá ser o próprio Segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o Segurado.
- 2.6. **Profissional Autônomo e/ou Liberal:** são os profissionais que exerçam atividades sem qualquer vínculo empregatício, não registrados de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e que mantenham um vínculo através de contrato de prestação de serviços ou documento contábil comprobatório do exercício da atividade profissional.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. Para contratar e ter direito a cobertura, é necessário cumprir os seguintes requisitos:
- Ser profissional autônomo e/ou liberal sem qualquer vínculo empregatício;
 - Por ocasião da indenização estar impedido de exercer a sua profissão ou ocupação apenas em função do acidente ou doença;
 - Ter idade acima de 18 anos e menor que 65 anos, observado o disposto no item 17.4 das condições gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- Lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
 - Lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
 - Entorses, distensões e contusões;
 - Transtornos mentais e psiquiátricos;
 - Lesões que não requerem atenção médica;
 - 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;
 - Internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - Tratamento para a obesidade em suas várias formas, incluindo gastroplastia;

- j) **Procedimentos e/ou tratamentos de esterilidade, clínico ou cirúrgico, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e de mudança de sexo e suas consequências, incluindo períodos de convalescença a eles relacionados;**
- k) **Tratamentos para a senilidade, geriatria, rejuvenescimento, descanso, recuperação e suas consequências;**
- l) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- m) **Eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo Segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.**
- n) **Acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**
- o) **Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**
- p) **Tratamento dental e tratamento ortodôntico de qualquer espécie, exceto quando decorrente de acidente pessoal que tenha ocorrido durante a vigência da cobertura;**
- q) **Doenças crônicas, mesmo na fase aguda;**
- r) **Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado, e limitado por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis.
 - 5.1.1. **A cobertura está restrita aos valores referentes às obrigações contratadas antes do evento coberto com vencimento durante o período de afastamento.**
 - 5.1.2. **Na modalidade Capital Segurado Fixo, o capital segurado não é necessariamente igual ao valor da parcela da obrigação.**
 - 5.1.3. **A indenização é devida pelo período em que o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, enquanto estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**
- 5.2. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento indenizado, sem a cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no item 1.1.4. destas condições especiais.
- 5.3. **Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.**

6. FRANQUIA

- 6.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do Segurado de suas atividades laborativas.**

6.2. Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- c) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- d) Relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- e) Atestado de Incapacidade Temporária por Acidente emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento;
- f) Cópia do contrato de financiamento ou de compromisso;
- g) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do sinistro;
- h) Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou; Inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal anterior ao afastamento no caso de trabalhadores por conta própria, ou; As demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado.

7.2. **A periodicidade com a qual as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado à seguradora será mensal, e tem por finalidade comprovar a manutenção do estado de incapacidade, para continuidade do processo de indenização até o limite contratado.**

7.3. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Internação Hospitalar decorrente de Acidente consiste no pagamento de parcelas referentes a obrigação assumida pelo Segurado durante o período de sua internação hospitalar, por causas **decorrentes exclusivamente de acidente pessoal**, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, observada a franquia, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**
 - 1.1.1. **É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.**
 - 1.1.2. **A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos nas condições contratuais e no certificado individual.**
 - 1.1.3. **Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data da alta médica.**
 - 1.1.4. **A indenização será paga de uma única vez após alta médica.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o Segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o Segurado estiver recebendo tratamento médico.
- 2.2. **Franquia:** corresponde ao número de dias contados a partir da data de internação do Segurado, antes que tenha elegibilidade para qualquer indenização.
- 2.3. **Hospital:** É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.
- 2.4. **Internação Hospitalar:** É a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) Tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
 - b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - c) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
 - d) Acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - e) Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - f) Quaisquer 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 pessoal;
 - g) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - h) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - i) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
 - j) Estados de convalescença, após a alta médica;
 - k) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
 - l) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
 - m) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
 - n) Quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado, limitado por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis.
- 4.1.1. **A cobertura está restrita aos valores referentes às obrigações contratadas antes do evento coberto.**
- 4.1.2. **Na modalidade Capital Segurado Fixo, o capital segurado não é necessariamente igual ao valor da parcela da obrigação.**
- 4.1.3. **As parcelas indenizáveis são aquelas com vencimento durante o período em que o Segurado permanecer internado em decorrência de Acidente Pessoal coberto, após decorrido o período de franquia, e respeitada a quantidade máxima de parcelas.**
- 4.1.4. **A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.**
- 4.1.5. **As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.**
- 4.2. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento indenizado, sem a cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no item 1.1.4. destas condições especiais.

5. FRANQUIA

- 5.1. **O período de franquia estabelecido nas condições contratuais e no certificado individual será contado a partir da data de internação do Segurado por determinação médica.**
- 5.2. **Não haverá indenizações para parcelas com vencimento durante o período de franquia ou para os casos de internação por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 14 das condições gerais do seguro:
- a) Declaração do hospital constando nome do Segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - b) Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
 - c) Exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
 - d) Boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - e) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - f) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

- g) Cópia do contrato de financiamento ou de compromisso;
 - h) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do sinistro.
- 6.2. **A periodicidade com a qual as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado à seguradora será mensal, e tem por finalidade comprovar a manutenção da internação, para continuidade do processo de indenização até o limite contratado.**
- 6.3. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença consiste no pagamento de parcelas referentes a obrigação assumida pelo Segurado durante o período de sua internação hospitalar, por causas decorrentes de acidente pessoal ou de doença, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, observadas a carência e a franquia, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**
- 1.1.1. **É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.**
- 1.1.2. **A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos nas condições contratuais e no certificado individual.**
- 1.1.3. **Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data da alta médica.**
- 1.1.4. **A indenização será paga de uma única vez após alta médica.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Carência:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro, do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados. A carência somente será aplicável nos casos em que, exclusivamente, a doença for o motivo gerador da internação hospitalar.
- 2.2. **Franquia:** Corresponderá ao número de dias, contados a partir data de internação do Segurado, em que o segurado deva permanecer internado antes que tenha direito à indenização.
- 2.3. **Hospital:** É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.
- 2.4. **Internação Hospitalar:** É a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) Tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
 - b) Acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - c) Acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - d) Quaisquer 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 pessoal;
 - e) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - f) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - g) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
 - h) Estados de convalescença, após a alta médica;
 - i) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
 - j) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
 - k) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
 - l) Senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
 - m) Hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
 - n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - o) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
 - p) Ceratomia (cirurgia para correção da miopia);

- q) **Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado, limitado por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis.
- 4.1.1. **A cobertura está restrita aos valores referentes às obrigações contratadas antes do evento coberto.**
- 4.1.2. **Na modalidade Capital Segurado Fixo, o capital segurado não é necessariamente igual ao valor da parcela da obrigação.**
- 4.1.3. **As parcelas indenizáveis são aquelas com vencimento durante o período em que o Segurado permanecer internado em decorrência de Acidente Pessoal coberto, após decorrido o período de franquia, e respeitada a quantidade máxima de parcelas.**
- 4.1.4. **A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.**
- 4.1.5. **As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.**
- 4.2. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento indenizado, sem a cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no item 1.1.4. destas condições especiais.

5. FRANQUIA

- 5.1. **O período de franquia estabelecido nas condições contratuais e no certificado individual será contado a partir da data de internação do Segurado por determinação médica.**
- 5.2. **Não haverá indenizações para parcelas com vencimento durante o período de carência ou de franquia, ou, ainda, para os casos de internação por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 14 das condições gerais do seguro:
- a) **Declaração do hospital constando nome do Segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;**
 - b) **Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;**
 - c) **Exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;**
 - d) **Boletim de ocorrência policial, se for o caso;**

- e) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo Segurado;
 - f) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - g) Cópia do contrato de financiamento ou de compromisso;
 - h) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do sinistro.
- 6.2. **A periodicidade com a qual as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado à seguradora será mensal, e tem por finalidade comprovar a manutenção da internação, para continuidade do processo de indenização até o limite contratado.**
- 6.3. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE FALÊNCIA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Falência consiste no pagamento de parcelas referentes a obrigação assumida pelo Segurado, respeitado o limite de capital segurado contratado, em caso de falência decretada contra o Segurado empresário, sujeito ao regime jurídico de falência de acordo com a legislação em vigor, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura e das condições gerais.**
 - 1.1.1. **No caso em que o Segurado atenda a todas as condições exigidas, preestabelecidas e determinadas, tanto nestas condições especiais, quanto nas condições gerais, o seguro providenciará o valor referente à dívida ou compromisso na data de vencimento, conforme os valores e a forma de capital segurado estabelecidos no Certificado Individual, observada a carência.**
 - 1.1.2. **A cobertura está condicionada à decretação do regime falimentar por autoridade judicial de forma irreversível.**
 - 1.1.3. **Após a indenização de um evento de falência, o Segurado somente estará elegível a outra indenização da mesma cobertura após comprovar a reabilitação jurídica para o exercício da atividade empresarial. A comprovação da sua reabilitação será realizada pela apresentação da sentença contendo a declaração judicial da extinção de suas obrigações nos autos do processo falimentar instaurado contra ele.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Empresário:** pessoa física que exerce atividade econômica organizada para a produção ou circulação de bens e serviços nos termos da legislação em vigor, e que esteja sujeito ao regime jurídico de decretação de falência. Não é considerado empresário sujeito à falência, pela legislação em vigor, o profissional liberal ou autônomo não registrado e o explorador de atividade rural.
- 2.2. **Estado de insolvência:** é o estado no qual o empresário não consegue cumprir as suas obrigações nos prazos estabelecidos com terceiros sem motivo justificado. Uma empresa insolvente poderá ao final de um processo jurídico ser declarada definitivamente insolvente, em falência ou em recuperação.
- 2.3. **Falência:** é o procedimento judicial destinado à satisfação dos credores de devedor empresário.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. **Para contratar e ter direito a esta cobertura, é necessário cumprir os seguintes requisitos:**
 - a) **Comprovar ser empresário nos termos da legislação em vigor, e estar sujeito em suas atividades empresariais ao regime jurídico de decretação de falência;**

- b) O Segurado não pode ser empregado registrado com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, profissional liberal que exerça a profissão sem vínculo empregatício, profissional autônomo ou explorador de atividade rural;
- c) Ter idade acima de 18 anos e menor que 65 anos, observado o disposto no item 17.4 das condições gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Segurados que não sejam considerados empresários nos termos da legislação em vigor ou que, embora empresários, não estejam sujeitos ao regime jurídico de decretação de falência;
 - b) Falência decretada, ou da qual o Segurado tenha conhecimento prévio da iminência de sua decretação, em data anterior ao início de vigência da cobertura;
 - c) Recuperação judicial, recuperação ou liquidação extrajudiciais, quando não convertidas em falência;
 - d) Liquidação precipitada, negócio simulado, alienação irregular de estabelecimento empresarial, simulação de transferência de estabelecimento, abandono de estabelecimento empresarial e descumprimento de plano de recuperação judicial sem justo motivo e/ou todo e qualquer ato de falência, de acordo com as definições constantes do código civil e da lei de Falência

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado, e uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis.
 - 5.1.1. **A cobertura está restrita aos valores referentes às obrigações contratadas antes do evento coberto.**
 - 5.1.2. **Na modalidade Capital Segurado Fixo, o capital segurado não é necessariamente igual ao valor da parcela da obrigação.**
- 5.2. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento indenizado, sem a cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no item 1.1.3. destas condições especiais.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) Cópia do contrato ou estatuto social da empresa afetada pela decretação de falência;
 - b) Cópia da Sentença de Falência, bem como os demais documentos que confirmem que a decretação da falência é irreversível;
 - c) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
 - d) Cópia do contrato de financiamento ou de compromisso; e
 - e) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, incluindo encargos e mora, na data do sinistro.
- 6.2. **Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório e, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior à data do desligamento, somada à quantidade de dias da franquia.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES - DG

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Doenças Graves consiste no pagamento de uma indenização com a finalidade amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo Segurado, de uma única vez, respeitado o limite de capital segurado contratado, quando o Segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, diagnosticado como portador de uma das doenças graves abaixo:

- Embolia pulmonar;
- Infarto agudo do miocárdio;
- Insuficiência renal terminal;
- Neoplasias (Maligna);
- Queimaduras Graves (acima de 20% do corpo).

1.1.1. **A indenização por diagnóstico de doença grave não se acumula com a indenização por morte, por invalidez ou por diagnóstico de doença terminal, portanto, não haverá pagamento do capital segurado se o beneficiário tiver direito à indenização pelas demais coberturas.**

1.1.2. **Sendo constatado e comunicado à seguradora o primeiro diagnóstico, não poderá haver cumulação de pagamento do capital segurado para mais de um diagnóstico.**

1.1.3. **Se constatada a preexistência de qualquer das doenças acima, sendo esta(s) de conhecimento do(a) Segurado(a) e não declarada na proposta de adesão, o seguro ficará cancelado de pleno direito sem qualquer pagamento de indenização ou devolução de prêmios.**

1.1.4. **Após a indenização de um evento de doença grave, a cobertura do seguro cessará e o Certificado Individual estará automaticamente cancelado**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Embolia pulmonar:** Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar (TEP) grave é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos resultando em danos ou sequelas permanente (dificuldade de locomoção). O diagnóstico de embolia pulmonar grave, além do relatório médico, deve ser comprovado por exames, como a gasometria arterial, ressonância magnética ou arteriografia pulmonar.

2.2. **Infarto Agudo do Miocárdio:** É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- a) História de dores torácicas típicas;

- b) Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
 - c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) constatada por avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB (exclua Troponina).
- 2.2.1. Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta cobertura:**
- a) **Toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;**
 - b) **Angina decúbito;**
 - c) **Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”; e**
 - d) **Outras síndromes coronarianas agudas.**
- 2.3. Insuficiência Renal Terminal:** A insuficiência renal terminal é etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.
- 2.4. Neoplasias (Maligna):** Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, invasão de tecidos e metástases à distância. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
- 2.4.1. Não estão incluídos no conceito de neoplasias malignas, para fins desta cobertura:**
- a) **Qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC);**
 - b) **Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
 - c) **Todos os cânceres não invasivos (in situ), ou não metastáticos;**
 - d) **O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e Ic (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992).**
 - e) **Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);**
 - f) **Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana;**
 - g) **Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.**
- 2.5. Queimaduras Graves:** Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o Segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
 - b) Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;
 - c) Doenças Profissionais;
 - d) Qualquer doença congênita, mesmo que diagnosticada após a assinatura da proposta de seguro;
 - e) Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo Segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência ou 24 meses da data de reabilitação do seguro.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) Declaração médica indicando a data do diagnóstico (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do primeiro diagnóstico da doença grave dentre aquelas previstas, constantes nas condições especiais;
 - b) Relatório do médico assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
 - c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem o diagnóstico;
 - d) Cópia do contrato de financiamento ou do compromisso financeiro; e
 - e) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, incluindo encargos e mora, na data do sinistro.