

**CONDIÇÕES GERAIS
PRESTAMISTA INDIVIDUAL
BILHETE DE SEGUROS**

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS - PLANO DE SEGURO PRESTAMISTA INDIVIDUAL	4
BILHETE DE SEGUROS	4
1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	4
2. OBJETIVO DO SEGURO	4
3. DEFINIÇÕES	4
4. RISCOS COBERTOS	5
5. RISCOS EXCLUÍDOS	5
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO	6
7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO	6
8. VIGÊNCIA	6
9. RENOVAÇÃO	7
10. CARÊNCIAS E FRANQUIAS	7
11. PAGAMENTO DE PRÊMIOS	7
12. CAPITAL SEGURADO	8
13. DATA DO EVENTO	8
14. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	9
15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	9
16. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	10
17. REINTEGRAÇÃO	10
18. BENEFICIÁRIOS	10
19. CANCELAMENTO DO SEGURO	10
20. PERDA DE DIREITOS	11
21. REGIME FINANCEIRO	11
22. FORO	11
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA MORTE	12
1. OBJETIVO	12
2. DEFINIÇÕES	12
3. GARANTIA	12
4. RISCOS EXCLUÍDOS	12
5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	12
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	12
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA MORTE ACIDENTAL	13
1. OBJETIVO	13
2. DEFINIÇÕES	13
3. GARANTIA	13
4. RISCOS EXCLUÍDOS	13
5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	13
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	13
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) ...	14
1. OBJETIVO	14
2. DEFINIÇÕES	14
3. GARANTIA	14
4. RISCOS EXCLUÍDOS	17
5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	17
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	18
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	19
1. OBJETIVO	19
2. DEFINIÇÕES	19
3. GARANTIA	19
4. RISCOS EXCLUÍDOS	19
5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	20
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	20
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD) ...	21
1. OBJETIVO	21
2. DEFINIÇÕES	21
3. GARANTIA	21
4. RISCOS EXCLUÍDOS	21
5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	21
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	22
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO- D	23

Seguro, você vai mais longe.

1.	OBJETIVO	23
2.	DEFINIÇÕES	23
3.	GARANTIA	23
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	23
5.	DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	23
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	24
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE - I		25
1.	OBJETIVO	25
2.	DEFINIÇÕES	25
3.	GARANTIA	25
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	25
5.	DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	25
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	25
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇA		26
1.	OBJETIVO	26
2.	DEFINIÇÕES	26
3.	GARANTIA	26
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	26
5.	CARÊNCIA	26
6.	FRANQUIA	26
7.	DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	26
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	26
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE RENDA – PR.....		27
1.	OBJETIVO	27
2.	DEFINIÇÕES	27
3.	GARANTIA	27
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	27
5.	DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	28
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	28

CONDIÇÕES GERAIS - PLANO DE SEGURO PRESTAMISTA INDIVIDUAL BILHETE DE SEGUROS

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2. OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de evento coberto, conforme definido nas coberturas contratadas, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.
- 2.2. Para fins deste seguro, entende-se credor como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

3. DEFINIÇÕES

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

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

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

Ato Ilícito: É toda a ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito

Seguro, você vai mais longe.

alheio ou cause prejuízo a outrem.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

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

Capital segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;

Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das condições gerais, das condições especiais e do Bilhete de Seguro.

Condições gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários;

Condições especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

Data do Evento: data de ocorrência do evento / risco coberto.

Franquia: Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Garantias: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Início de vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;

Indenização: Valor que a Seguradora deverá pagar ao Beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Nota técnica atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

Período de cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

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

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

Riscos excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

Segurado: pessoa física que contrata o seguro;

Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;

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 PAN SEGUROS S.A.;

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, que tem como atribuição a fiscalização, normatização e regulação dos seguros privados.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1. Este seguro possui coberturas básicas e adicionais, sendo obrigatória a contratação, pelo menos, de uma das coberturas básicas.
- 4.2. Nas condições especiais serão apresentadas as disposições de todas as coberturas incluídas no plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Exclusões Gerais:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

Seguro, você vai mais longe.

- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.
- d) Os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas.
- e) De automutilações e lesões auto infligidas;
- f) Do suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual ou nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do capital segurado, na parte a que se refere a esse aumento;
- g) De intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- h) De epidemias e pandemias declaradas pelo órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- i) Da participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- j) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- k) De envenenamento em caráter coletivo;
- l) De dano moral, entendido como toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico.

5.2. Exclusão para Atos Terroristas;

Não estão cobertos danos causados direta ou indiretamente por 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.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1. O âmbito geográfico para as coberturas deste plano de seguro é o território mundial.

7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação do seguro será feita sob a forma de bilhete.

7.2. A contratação de seguros por meio de bilhete poderá ser feita mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo inequívoco, cuja comprovação caberá à seguradora.
Parágrafo único: A SUSEP poderá dispor sobre outras formas de solicitação equiparadas à solicitação verbal do interessado.

7.3. Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, sejam na condição de segurado principal ou dependente.

8. VIGÊNCIA

8.1. A vigência das coberturas oferecidas em planos de seguros contratados mediante a emissão de bilhete iniciar-se-á sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio, ressalvado o disposto no parágrafo único deste item.
Os Bilhetes de Seguro terão seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.

Seguro, você vai mais longe.

8.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do seguro.

9. RENOVAÇÃO

9.1. Este seguro não será renovado.

10. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

10.1. **Para as coberturas de Morte, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente.**

Não serão aplicadas carências ou franquias nestas coberturas.

10.2. **Para a cobertura de Desemprego Involuntário, Incapacidade ou Perda de Renda**

O período de carência, para esta cobertura, será de 30 (trinta) dias. Para estas coberturas, o período de franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

10.3. **Para a cobertura de Internação Hospitalar Decorrente de Doença**

O período de carência será de 30 (trinta) dias de internação. Para esta cobertura, o período de franquia será de 2 (dois) dias, a contar da data do evento.

Em relação a todas as carências:

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos ininterruptos no caso de suicídio ou sua tentativa contada da data de contratação ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

11. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

11.1. Os prêmios deste seguro poderão ser pagos à vista ou em até 12 vezes conforme estabelecido no Bilhete de seguros, porém a última parcela do prêmio não poderá exceder ao término de vigência do seguro.

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

11.3. Em caso de parcelamento do prêmio, não será feita a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento. Está garantido ao segurado, quando houver parcelamento com juros, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

11.4. 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 de curto prazo (não caberá para seguro pago mensalmente). Para percentuais não previstos na tabela deverá ser aplicado o percentual imediatamente superior.

11.4.1. Tabela de prazo curto

RELAÇÃO (%) ENTRE A PARCELA DO PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DO BILHETE DE SEGURO	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO (%) ENTRE A PARCELA DO PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DO BILHETE DE SEGURO	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365

60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

- 11.5. A sociedade seguradora, obrigatoriamente, informará ao segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.
- 11.6. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do seguro.
- 11.7. 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 da cobertura o seguro será cancelado de pleno direito.
- 11.8. A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará o cancelamento do seguro.
- 11.9. É estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de emissão do Bilhete de seguro, endosso, fatura e/ou contas mensais, para o pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela.
- 11.10. 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.
- 11.11. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 11.12. **Este plano não será alterado por faixa etária do segurado.**

12. CAPITAL SEGURADO

- 12.1. Para este produto haverá as modalidades de contratação de Capital Segurado Fixo e Capital Segurado Decrescente, conforme abaixo:
 - 12.1.1. **Capital Decrescente:** O capital segurado decrescerá uniformemente durante o período do Bilhete de Seguro até sua anulação. Será utilizado Capital Decrescente para as coberturas de Morte – M, Morte Acidental – MA, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPTD.
 - 12.1.2. **Capital Fixo:** O valor da cobertura é fixo, discriminado no Bilhete de Seguro. Será utilizado Capital Fixo para as coberturas de Desemprego Involuntário – D, Incapacidade – I, Internação Hospitalar Decorrente de Doença – IHDD e Perda de Renda – PR;
 - 12.1.3. **Cláusula de atualização de valores**
Os capitais segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário do seguro, pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) ou na hipótese de extinção do índice pactuado será adotado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA / IBGE. O índice o IGP-M aplicado, será o acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.

13. DATA DO EVENTO

- 13.1. Para efeito de cálculo da indenização, a data do evento quando da liquidação de sinistros estará determinada da seguinte forma:
 - 13.1.1. Para a cobertura de Morte, será considerada a data da morte do segurado;
 - 13.1.2. Para as coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente, será considerada a data do acidente;
 - 13.1.3. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, será considerada a data indicada na declaração médica;
 - 13.1.4. Para as coberturas de Desemprego Involuntário, será a considerada a data da demissão do segurado;
 - 13.1.5. Para a cobertura de Perda de Renda, será considerada a data da constatação da Incapacidade.
 - 13.1.6. Para a cobertura de Internação Hospitalar Decorrente de Doença, será considerada data do evento a data da internação que deu origem ao sinistro.

Seguro, você vai mais longe.

- 13.2.** Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.
- 13.3.** Se depois de paga indenização por **Internação Hospitalar Decorrente de Doença** verificar-se a **incapacidade física e temporária do segurado** em consequência da mesma doença, a importância já paga por **Internação Hospitalar Decorrente de Doença** deve ser deduzida do valor do capital segurado por **Perda de Renda por Incapacidade Física e Temporária do Segurado**, se contratada esta cobertura.

14. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- 14.1.** Os capitais segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário do seguro, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA / IBGE ou na hipótese de extinção do índice pactuado será adotado o Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio Vargas (IPC/FGV). O índice o IPCA/IBGE aplicado, será o acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.
- 14.2.** Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado (item 13.1.) até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 14.3.** A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 14.4.** Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado para esse fim, respeitada a regulamentação específica, particularmente no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, serão de 1% (um por cento) ao mês.

15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 15.1.** O prazo máximo para liquidação do sinistro é de 30 (trinta) dias a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no item 16 – DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO, destas Condições Gerais.
- 15.2.** Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação de sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 15.3.** O plano só poderá prever a solicitação de outros documentos além daqueles contratualmente previstos para a habilitação ao recebimento da indenização em caso de dúvida fundada e justificável.
- 15.4.** O pagamento da indenização será sob a forma de parcela única.
- 15.5.** A indenização, respeitado o Capital Segurado vigente na data do sinistro, obedecerá ao valor e ao número de parcelas constantes do Bilhete de seguro.
- 15.6.** Os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.
- 15.7.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.

Seguro, você vai mais longe.

- 15.8. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 15.9. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.
- 15.10. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no seguro serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.
- 15.11. Os valores das obrigações pecuniárias sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 13 desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 15.12. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.
- 15.13. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 15.14. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, estabelecer que os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.
- 15.15. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

16. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

16.1. Para todas as Garantias

16.1.1. Documentos Básicos:

- a) Formulário original de aviso de sinistro da Seguradora;
- b) Contrato da dívida;
- c) Comprovante de Contratação do Seguro;
- d) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida na data do sinistro;
- e) Cópia autenticada do RG e CPF do segurado, comprovante atual de residência do segurado e número do telefone e DDD;

17. REINTEGRAÇÃO

17.1. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

17.2. Para os demais casos os Capitais Segurados não serão reintegrados.

18. BENEFICIÁRIOS

18.1. O primeiro beneficiário é o próprio credor, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, quando for o caso, ser paga a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado.

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

18.1.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Se o segurado estiver inadimplente, a sociedade seguradora poderá cancelar automaticamente o seguro, devendo o prazo de vigência da cobertura ser ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

19.2. Os seguros não poderão ser cancelados durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Seguro, você vai mais longe.

- 19.3.** O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes.
- 19.4.** No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:
- I. A sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
 - II. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no subitem 11.4 destas Condições.

20. PERDA DE DIREITOS

- 20.1.** O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
- 20.2.** Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na contratação do Bilhete de seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 20.3.** Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:
- I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
 - II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - III. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.
- 20.4.** O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 20.5.** A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 20.6.** O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

21. REGIME FINANCEIRO

- 21.1.** Este seguro é estruturado em regime financeiro de repartição. Sendo assim, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao beneficiário.
- 21.2.** Quando tecnicamente aplicável, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 1% (um por cento) ao mês. Este limite não se aplica a juros moratórios.

22. FORO

- 22.1.** As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA MORTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual**, podendo ser comercializada somente com a cobertura básica deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

3. GARANTIA

- 3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de **Morte do Segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário conforme item 18.1 das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Estão excluídas desta cobertura as exclusões constantes presentes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:
- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
 - b) Declaração de únicos Herdeiros;
 - c) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada e com anotação do óbito, cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta;
 - d) Companheira (o): cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual, autorização para crédito em conta e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - e) Filhos: cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta;
 - f) Pais e outros: cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual**, podendo ser comercializada somente com a cobertura básica deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

3. GARANTIA

- 3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de **Morte Acidental do Segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário conforme item 18.1 das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Estão excluídas desta cobertura as exclusões constantes presentes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Além dos documentos mencionados no item 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:
- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
 - b) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado, se houver;
 - d) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
 - e) Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - f) Declaração de únicos Herdeiros;
 - g) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada e com anotação do óbito, cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta;
 - h) Companheira (o): cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual, autorização para crédito em conta e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - i) Filhos: cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta;
 - j) Pais e outros: cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

3. GARANTIA

- 3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de **perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em decorrência de lesão física, causada por acidente pessoal coberto**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao próprio segurado.
- 3.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com a tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	PERDA TOTAL DA VISÃO DE AMBOS OS OLHOS	100%
	PERDA TOTAL DO USO DE AMBOS OS MEMBROS SUPERIORES	100%
	PERDA TOTAL DO USO DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES	100%
	PERDA TOTAL DO USO DE AMBAS AS MÃOS	100%
	PERDA TOTAL DO USO DE UM MEMBRO SUPERIOR E UM MEMBRO INFERIOR	100%
	PERDA TOTAL DO USO DE UMA DAS MÃOS E DE UM DOS PÉS	100%
	PERDA TOTAL DO USO DE AMBOS OS PÉS	100%
	ALIENAÇÃO MENTAL TOTAL E INCURÁVEL	100%
	NEFRECTOMIA BILATERAL	100%
PARCIAL DIVERSAS	PERDA TOTAL DA VISÃO DE UM OLHO	30%
	PERDA TOTAL DA VISÃO DE UM OLHO, QUANDO O SEGURADO JÁ NÃO TIVER A OUTRA VISTA	70%
	SURDEZ TOTAL INCURÁVEL DE AMBOS OS OUVIDOS	40%
	SURDEZ TOTAL INCURÁVEL DE UM DOS OUVIDOS	20%
	MUDEZ INCURÁVEL	50%
	FRATURA NÃO CONSOLIDADA DO MAXILAR INFERIOR	20%
	IMOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL	20%
	IMOBILIDADE DO SEGMENTO TÓRACO-LOMBO-SACRO DA COLUNA VERTEBRAL	25%
	PERDA TOTAL DE USO DE UM DOS MEMBROS SUPERIORES	70%
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	PERDA TOTAL DO USO DE UMA DAS MÃOS	60%
	FRATURA NÃO CONSOLIDADA DE UM DOS ÚMEROS	50%
	FRATURA NÃO CONSOLIDADA DE UM DOS SEGMENTOS RÁDIO-ULNARES	30%
	ANQUILOSE TOTAL DE UM DOS OMBROS	25%
	ANQUILOSE TOTAL DE UM DOS COTOVELOS	25%
	ANQUILOSE TOTAL DE UM DOS PUNHOS	20%
	PERDA TOTAL DO USO DE UM DOS POLEGARES, INCLUSIVE O METACARPIANO	25%

	PERDA TOTAL DO USO DE UM DOS POLEGARES, EXCLUSIVE O METACARPIANO	18%
	PERDA TOTAL DO USO DA FALANGE DISTAL DO POLEGAR	9%
	PERDA TOTAL DO USO DE UM DOS DEDOS INDICADORES	15%
	PERDA TOTAL DO USO DE UM DOS DEDOS MÍNIMOS OU UM DOS DEDOS MÉDIOS	12%
	PERDA TOTAL DO USO DE UM DOS DEDOS ANULARES	9%
	PERDA TOTAL DO USO DE QUALQUER FALANGE, EXCLUÍDAS AS DO POLEGAR: EQUIVALENTE A 1/3 DO VALOR DO DEDO RESPECTIVO	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	PERDA TOTAL DO USO DE UM DOS MEMBROS INFERIORES	70%
	PERDA TOTAL DO USO DE UM DOS PÉS	50%
	FRATURA NÃO CONSOLIDADA DE UM FÊMUR	50%
	FRATURA NÃO CONSOLIDADA DE UM DOS SEGMENTOS TÍBIO-PERONEIROS	25%
	FRATURA NÃO CONSOLIDADA DA RÓTULA	20%
	FRATURA NÃO CONSOLIDADA DE UM PÉ	20%
	ANQUILOSE TOTAL DE UM DOS JOELHOS	20%
	ANQUILOSE TOTAL DE UM DOS TORNOZELOS	20%
	ANQUILOSE TOTAL DE UM QUADRIL	20%
	PERDA PARCIAL DE UM DOS PÉS, ISTO É, PERDA DE TODOS OS DEDOS E DE UMA PARTE DO MESMO PÉ	25%
	AMPUTAÇÃO DO 1º (PRIMEIRO) DEDO	10%
	AMPUTAÇÃO DE QUALQUER OUTRO DEDO	3%
	PERDA TOTAL DO USO DE UMA FALANGE DO 1º DEDO, EQUIVALENTE 1/2, E DOS DEMAIS DEDOS, EQUIVALENTE A 1/3 DO RESPECTIVO DEDO	
	ENCURTAMENTO DE UM DOS MEMBROS INFERIORES:	
	DE 5 (CINCO) CENTÍMETROS OU MAIS	15%
	DE 4 (QUATRO) CENTÍMETROS	10%
DE 3 (TRÊS) CENTÍMETROS	6%	
	MENOS DE 3 (TRÊS) CENTÍMETROS: SEM INDENIZAÇÃO	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A PERDA OU REDUÇÃO DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL CONSIDERADA É A QUE NÃO RESULTE DE LESÕES ARTICULARES OU DE SEGMENTOS AMPUTADOS, CONSTANTES DOS QUADROS PRÓPRIOS DA TABELA		
DIVERSOS	MANDÍBULA	
	MAXILAR INFERIOR (MANDÍBULA) REDUÇÃO DE MOVIMENTOS	
	EM GRAU MÍNIMO	5%
	EM GRAU MÉDIO	10%
	EM GRAU MÁXIMO	20%
	NARIZ	
	AMPUTAÇÃO TOTAL DO NARIZ COM PERDA TOTAL DO OLFATO	25%
	PERDA TOTAL DO OLFATO	7%
	PERDA DO OLFATO COM ALTERAÇÕES GUSTATIVAS	10%
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	DIPLOPIA	15%
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	UNILATERAL	7%
	UNILATERAL COM FÍSTULAS	15%
	BILATERAL	14%
BILATERAL COM FÍSTULAS	25%	
LESÕES DA PÁLPEBRA		
ECTRÓPIO UNILATERAL	3%	
ECTRÓPIO BILATERAL	6%	

ENTRÓPICO UNILATERAL	7%
ENTRÓPICO BILATERAL	14%
MÁ OCLUSÃO PALPEBRAL UNILATERAL	3%
MÁ OCLUSÃO PALPEBRAL BILATERAL	6%
PTOSE PALPEBRAL UNILATERAL	5%
PTOSE PALPEBRAL BILATERAL	10%
APARELHO DA FONAÇÃO	
PERDA DA PALAVRA (MUDEZ INCURÁVEL)	50%
PERDA DE SUBSTÂNCIA (PALATO MOLE E DURO)	15%
SISTEMA AUDITIVO	
AMPUTAÇÃO TOTAL DE UMA ORELHA	8%
AMPUTAÇÃO TOTAL DAS DUAS ORELHAS	
PERDA DO BAÇO	
	15%
APARELHO URINÁRIO	
RETENÇÃO CRÔNICA DE URINA (SONDAGENS OBRIGATÓRIAS)	15%
CISTOSTOMIA (DEFINITIVA)	30%
INCONTINÊNCIA URINÁRIA PERMANENTE	30%
PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
COM FUNÇÃO RENAL PRESERVADA	30%
REDUÇÃO DA FUNÇÃO RENAL (NÃO DIALÍTICA)	50%
REDUÇÃO DA FUNÇÃO RENAL (DIALÍTICA)	75%
PERDA DE RIM ÚNICO	
	75%
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
PERDA DE UM TESTÍCULO	5%
PERDA DE DOIS TESTÍCULOS	15%
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO PÊNIS	40%
PERDA DE UM OVÁRIO	5%
PERDA DE DOIS OVÁRIOS	15%
PERDA DO ÚTERO ANTES DA MENOPAUSA	30%
PERDA DO ÚTERO DEPOIS DA MENOPAUSA	10%
PESCOÇO	
ESTENOSE DA FARINGE COM OBSTÁCULO A DEGLUTIÇÃO	15%
LESÃO DO ESÔFAGO COM TRANSTORNOS DA FUNÇÃO MOTORA	15%
TRAQUEOSTOMIA DEFINITIVA	40%
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
SEQUELAS PÓS-TRAUMÁTICAS PLEURAS	10%
RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTÔMICA – PARCIAL OU TOTAL)	
COM FUNÇÃO RESPIRATÓRIA PRESERVADA	15%
COM REDUÇÃO EM GRAU MÍNIMO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	25%
COM REDUÇÃO EM GRAU MÉDIO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	50%
COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	75%
MAMAS (FEMININAS)	
MASTECTOMIA UNILATERAL	10%
MASTECTOMIA BILATERAL	20%
ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
GASTRECTOMIA SUBTOTAL	20%
GASTRECTOMIA TOTAL	40%

	INTESTINO DELGADO	
	RESSECÇÃO PARCIAL	20%
	RESSECÇÃO PARCIAL COM SÍNDROME DISABSORTIVA OU ILEOSTOMIA DEFINITIVA	40%
	INTESTINO GROSSO	
	COLECTOMIA PARCIAL	20%
	COLECTOMIA TOTAL	40%
	COLOSTOMIA DEFINITIVA	40%
	RETO E ÂNUS	
	INCONTINÊNCIA FECAL SEM PROLAPSO	30%
	INCONTINÊNCIA FECAL COM PROLAPSO	50%
	RETENÇÃO ANAL	10%
	FÍGADO	
	LOBECTOMIA HEPÁTICA SEM ALTERAÇÃO FUNCIONAL	10%
	LOBECTOMIA COM INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA	50%
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	EPILEPSIA PÓS-TRAUMÁTICA	20%
	DERIVAÇÃO VENTRÍCULO-PERITONEAL (HIDROCEFALIA)	20%
	SÍNDROME PÓS-CONCUSSIONAL	5%

- 3.3.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.4.** O segurado terá o seguro cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.
- 3.5. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:**
- De acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.
 - De 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 ferimentos visíveis causados por acidentes;
 - De acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;
 - Perda de dentes e os danos estéticos;
 - Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data de contratação do seguro.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Além dos documentos básicos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:**

Seguro, você vai mais longe.

- a) Laudo médico que ateste a invalidez/incapacidade;
- b) Declaração emitida pelo órgão previdenciário oficial e comprovante de recebimento do benefício correspondente (carta de concessão de aposentadoria por invalidez permanente; carnê de benefício; ou cópia do Diário Oficial comunicando a aposentadoria por invalidez permanente, se o Segurado for funcionário público), no caso de o Segurado ser vinculado a órgão previdenciário oficial;
- c) Declaração médica, comprovantes de internações hospitalares e de intervenções cirúrgicas, bem como documentos relativos a exames, quando existentes, de modo a subsidiar a junta médica a ser realizada pela Seguradora;
- d) No caso de solicitação da Junta Médica o Segurado deverá remeter juntamente com o Aviso de Sinistro, a cópia dos documentos que comprovam a invalidez/incapacidade;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com Veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra o Plano de Seguro Prestamista Individual, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

3. GARANTIA

- 3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de **perda total de um membro ou órgão do segurado, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente coberto**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao Segurado.
- 3.2. O segurado terá o seguro cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:
- a) Os acidentes ocorridos em consequência:
 - De competições em veículos, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;
 - De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto utilização de meios de transportes mais arriscados e prática de esportes, ou quando se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem;
 - De atos ilícitos e contrários à lei;
 - b) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
 - c) O parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
 - d) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - e) O choque anafilático e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
 - f) Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;
 - g) Mutilação voluntária ou premeditada;
 - h) Perda de dentes e os danos estéticos.
 - i) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo o decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou ainda por ato de humanidade em auxílio de outrem.
 - j) De acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.
 - k) De 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 ferimentos visíveis causados por acidentes;

Seguro, você vai mais longe.

- l) De acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- a) Laudo médico que ateste a invalidez/incapacidade total;
- b) Declaração emitida pelo órgão previdenciário oficial e comprovante de recebimento do benefício correspondente (carta de concessão de aposentadoria por invalidez permanente; carnê de benefício; ou cópia do Diário Oficial comunicando a aposentadoria por invalidez permanente, se o Segurado for funcionário público), no caso de o Segurado ser vinculado a órgão previdenciário oficial;
- c) Declaração médica, comprovantes de internações hospitalares e de intervenções cirúrgicas, bem como documentos relativos a exames, quando existentes, de modo a subsidiar a junta médica a ser realizada pela Seguradora;
- d) No caso de solicitação da Junta Médica o Segurado deverá remeter juntamente com o Aviso de Sinistro, a cópia dos documentos que comprovam a invalidez/incapacidade;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com Veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições presentes na **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, serão utilizadas as seguintes:

Perda da Existência Independente do Segurado: Ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

3. GARANTIA

- 3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de **invalidéz funcional permanente total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário conforme item 18.1 das Condições Gerais.
 - 3.1.1. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPD, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 3.2. O segurado terá o seguro cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:
 - 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 e ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
 - c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:
 - a) Laudo médico que ateste a invalidez/incapacidade;
 - b) Declaração emitida pelo órgão previdenciário oficial e comprovante de recebimento do benefício correspondente (carta de concessão de aposentadoria por invalidez permanente; carnê de benefício; ou cópia do Diário Oficial comunicando a aposentadoria por invalidez permanente, se o Segurado for funcionário público), no caso de o Segurado ser vinculado a órgão previdenciário oficial;
 - c) Declaração médica, comprovantes de internações hospitalares e de intervenções cirúrgicas, bem como documentos relativos a exames, quando existentes, de modo a subsidiar a junta médica a ser realizada pela Seguradora;
 - d) No caso de solicitação da Junta Médica o Segurado deverá remeter juntamente com o Aviso de Sinistro, a cópia dos documentos que comprovam a invalidez/incapacidade;
 - e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;

Seguro, você vai mais longe.

- f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com Veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO- D

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

3. GARANTIA

- 3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de **Desemprego Involuntário do segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado e/ou ao número de parcelas indicado no bilhete, sendo cada parcela limitada ao valor indicado no mesmo**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao Segurado.

3.2. Entende-se por Desemprego Involuntário:

- 3.2.1. O segurado que perder o emprego involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa e permaneça sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
- 3.2.2. Serão seguráveis as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento, observado as demais condições estabelecidas no Seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- c) Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
- d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral; e demissão por justa causa do trabalhador segurado, exceto em caso de reversão de demissão por justa causa pelo Poder Judiciário;
- f) Desatendimento das condições mínimas de período de trabalho estabelecido no Contrato, decorrentes da perda do vínculo empregatício;
- g) Falência da empresa na qual trabalha o segurado;
- h) Campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- i) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- j) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- k) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no Contrato; e
- l) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período.

- 4.2. Não haverá pagamento de indenização, caso haja a resolução ou cessão do contrato prévio firmado junto ao credor, ou refinanciamento da dívida junto ao credor.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Além dos documentos básicos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o

Seguro, você vai mais longe.

Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada do comunicado de dispensa;
- b) Cópia Autenticada da Carteira Profissional constando as devidas anotações/observações feitas pela Caixa Econômica Federal;
- c) Cópia Autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- d) Cópia Autenticada do Comprovante de recebimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;
- e) Cópia Autenticada do Comprovante de recebimento do Seguro Desemprego da Caixa Econômica Federal

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE - I

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

3. GARANTIA

- 3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso **incapacidade física e temporária do segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado e/ou ao número de parcelas indicado no bilhete, sendo cada parcela limitada ao valor indicado no mesmo**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao Segurado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:
- a) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);
 - b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
 - c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
 - d) Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia (s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
 - e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
 - f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - g) Epidemias declaradas por órgão competente;
 - h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência do seguro;
 - i) O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:
- a) Cópia da carteira de identidade e do CPF do segurado
 - b) Cópia autenticada da Guia de Recolhimento do INSS, do RPA, dos últimos três meses anteriores ao mês do evento, ou cópia da última declaração do Imposto de Renda que comprove a atividade autônoma ou liberal;
 - c) Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.
 - d) Comprovante do pagamento do seguro.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra o Plano de Seguro Prestamista Individual, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

3. GARANTIA

- 3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de Internação Hospitalar Decorrente de Doença, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor *limitado ao Capital Segurado*, a carência e/ou a franquia, quando previstas, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, ser paga ao Segurado.

- 3.2. Entende-se por Internação Hospitalar:

- 3.2.1. Internação Hospitalar é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Estão excluídas desta cobertura as exclusões constantes presentes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

5. CARÊNCIA

- 5.1. A carência por Internação Hospitalar será estabelecida no bilhete, não podendo ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do mesmo. Não haverá cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o período de carência. Não se aplica a carência para internações decorrentes de acidente pessoal coberto.

6. FRANQUIA

- 6.1. A franquia será estabelecida no bilhete e terá prazo máximo de até 5 (cinco) por evento, a partir da data de internação, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 7.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar em vias originais ou cópias autenticadas, ainda, os seguintes documentos:

- a) Documento de identificação do Segurado;
- b) Relatório ou laudo preenchido e assinado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários, comprovando o período de internação.

- 7.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE RENDA – PR

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra o Plano de Seguro Prestamista Individual, podendo ser comercializada somente como cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual.

3. GARANTIA

- 3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de *Perda de Renda do Segurado*, equivalente ao número de parcelas e valores indicados no Bilhete de Seguro *limitado ao Capital Segurado*, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao Segurado.

- 3.1.1. No caso do segurado com vínculo empregatício

- 3.1.1.1. Garante o pagamento de indenização no caso de o segurado perder o emprego involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa e o segurado permaneça sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

- 3.1.1.2. Serão seguráveis as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento, observado as demais condições estabelecidas no Seguro.

- 3.1.2. No caso do segurado sem vínculo empregatício

- 3.1.2.1. Garante o pagamento de indenização no caso da incapacidade física e temporária do segurado.

- 3.1.2.2. Serão seguráveis exclusivamente profissionais liberais ou autônomos regulamentados que possuam comprovação de renda.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:

- 4.1.1. No caso do segurado com vínculo empregatício

- a) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- c) Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
- d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral; e demissão por justa causa do trabalhador segurado, exceto em caso de reversão de demissão por justa causa pelo Poder Judiciário;
- f) Desatendimento das condições mínimas de período de trabalho estabelecido no Contrato, decorrentes da perda do vínculo empregatício;
- g) Falência da empresa na qual trabalha o segurado;
- h) Campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- i) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- j) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- k) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no Contrato; e
- l) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período.

- 4.1.2. No caso do segurado sem vínculo empregatício

- a) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);
- b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o

Seguro, você vai mais longe.

controle da natalidade;

- c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
- d) Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Epidemias declaradas por órgão competente;
- h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência do seguro; e
- i) O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

5.1.1. No caso do segurado com vínculo empregatício

- a) Cópia autenticada do comunicado de dispensa;
- b) Cópia Autenticada da Carteira Profissional constando as devidas anotações/observações feitas pela Caixa Econômica Federal;
- c) Cópia Autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- d) Cópia Autenticada do Comprovante de recebimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS; e
- e) Cópia Autenticada do Comprovante de recebimento do Seguro Desemprego da Caixa Econômica Federal.

5.1.2. No caso do segurado sem vínculo empregatício

- a) Cópia autenticada da Guia de Recolhimento do INSS, do RPA, dos últimos três meses anteriores ao mês do evento, ou cópia da última declaração do Imposto de Renda que comprove a atividade autônoma ou liberal; e
- b) Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual que não foram revogadas por esta Condição Especial. |