Você
nunca
está
sozinho.

Condições Gerais

Seguro Prestamista
Capital Vinculado
Taxa Média

,too
seguros

Bem-vindo à Too Seguros

O nosso desejo é garantir que você saiba tudo que está coberto neste seguro, por isso fizemos uma introdução para mostrar de forma simples e direta todas as vantagens que o seguro oferece.

Mas o que é Seguro Prestamista?

Segundo o dicionário: *'prestamista'* é a palavra que define o ato de uma pessoa pagar por algo a prestação.
Seguro prestamista é, portanto, o seguro que garante o pagamento da dívida caso um imprevisto aconteça por conta de alguma das situações cobertas, para que o segurado e sua família possam ficar mais tranquilos.

Quais são as situações cobertas?

Temos vários tipos de coberturas que podem ser contratadas.
Então por exemplo: caso contratada a cobertura de morte e o segurado venha a falecer, o Seguro Prestamista garante o pagamento total ou parcial da dívida.

Quem pode contratar?

Este seguro é feito através de plano coletivo, ou seja, a instituição credora é quem efetua a contratação principal.

Podem aderir ao seguro, as pessoas físicas que tenham contratado algum tipo de serviço financeiro com a instituição credora que contratou o seguro principal.

Importante

Lembre-se, este seguro é uma proteção para a instituição credora e uma forma do segurado cuidar da sua família, evitando que ela precise arcar com a dívida.

Agora que conheceu um pouco do seguro neste breve resumo, reserve alguns minutos, continue a ler e conhecer todas as condições deste seguro.

Too Seguros

Índice

1. OBJETIVO DO SEGURO 4
2. COBERTURAS DO SEGURO 4
3. RISCOS EXCLUÍDOS 5
4. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE 6
5. CAPITAL SEGURADO 6
6. CARÊNCIA E FRANQUIA 7
7. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO 8
8. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DA APÓLICE 10
9. ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS 11
10. PAGAMENTO DE PRÊMIO 12
11. CANCELAMENTO DO SEGURO 14
12. PERDA DE DIREITOS 15
13. BENEFICIÁRIO 16
14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 17
15. PERÍCIA DA SEGURADORA 18
16. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES 18
17. FORO 19
18. ÂMBITO GEOGRÁFICO 19
19. PRESCRIÇÃO 19
20. DEMAIS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE 19
21. DISPOSIÇÕES FINAIS 20
22. GLOSSÁRIO 21
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M) 27
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) 29
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 31
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD) 34
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD) 42
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – CLT (PRDI) 46
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-AD) 49
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-A) 53
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO (ET) 57

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO
CAPITAL VINCULADO – TAXA MÉDIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir a quitação parcial ou total da dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao valor do Capital Segurado, observado os limites contratados, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, desde que respeitadas as Condições Contratuais.

2. COBERTURAS DO SEGURO

2.1. Para fins deste seguro, consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, que tenham sido efetivamente contratadas pelo Estipulante ou pelo Segurado e ratificadas nas condições contratuais, uma vez que poderão ser contratadas isoladamente, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados:

a) Morte (M);
b) Morte Acidental (MA);
c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
e) Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD);
f) Perda de Renda por Desemprego Involuntário – CLT (PRDI);
g) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença - Profissional Liberal / Autônomo (PRIF-AD);
h) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente - Profissional Liberal / Autônomo (PRIF-A).

2.2. Desde que ratificadas nas condições contratuais, a seguinte Cláusula Suplementar poderá ser contratada e serão reguladas por estas Condições Gerais e por condições próprias.

2.2.1. Cláusula Suplementar de Distribuição de Excedente Técnico (ET).

2.3. Das coberturas descritas, as seguintes não poderão ser contratadas simultaneamente:

2.3.1. Morte e Morte acidental.

2.3.2. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD).

2.3.3. Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença - Profissional Liberal / Autônomo (PRIF-AD) e Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente - Profissional Liberal / Autônomo (PRIF-A).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos **de todas as coberturas deste seguro** os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
c) de 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;
d) de doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
e) de danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro, ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes;
f) de automutilações e lesões auto infligidas;
g) do suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual ou nos dois primeiros anos da data do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento;
h) de inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
i) de intoxicações alimentares de qualquer espécie;
j) de epidemias e pandemias declaradas pelo órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
k) de dolo do Segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
l) da participação do Segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
m) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
n) de envenenamento de caráter coletivo, desde que atinja

maciçamente uma região ou população e seja declarado e/ou reconhecido por órgão competente;

o) 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;

p) de sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

4. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

4.1. São elegíveis para as coberturas efetivamente contratadas e discriminadas na apólice todas as pessoas físicas que possuírem vínculo com o Estipulante, com idades mínima e máxima estabelecidas no Contrato do Seguro, que se encontrem em perfeitas condições de saúde.

4.2. Para fins deste seguro, o segurado será sempre a pessoa física que figure como responsável financeiro e, quando este responsável financeiro for uma pessoa jurídica, o seguro poderá ser contratado sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, de acordo com o % de participação na empresa. A formalização da inclusão de cada segurado deve ser realizada por meio do preenchimento de sua respectiva proposta.

4.3. Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes, e em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.

4.4. Se houver qualquer pagamento de indenização referente a um ou mais segurados que não extinga a obrigação total, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.

4.5. Este seguro não pode ser contratado por menores de 14 (quatorze) anos.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado estabelecido na apólice e vigente na data do evento é valor máximo a ser pago pela seguradora, para cada cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto.

5.2. A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas.

5.3. Este seguro opera com modalidade de **capital segurado vinculado**, ou seja, o capital segurado é necessariamente igual ao valor da dívida/obrigação e pode ser alterado a cada amortização ou reajuste ao longo da vigência do seguro, limitando-se ao valor máximo estipulado nas condições contratuais.

5.4. **Contratação de várias operações para o mesmo segurado:** quando da contratação de vários empréstimos ou financiamentos para o mesmo segurado, a soma dos capitais segurados em um ou mais contratos não poderá exceder o limite máximo de aceitação de conformidade com as condições contratuais do seguro. A Seguradora não aceitará o risco excedente e devolverá eventual prêmio recebido a maior.

5.5. A aceitação, pela seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará a observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. A existência de carência e franquia serão estabelecidas nas Condições Especiais das coberturas contratadas. O período de carência e o período ou valor de franquia, se houver, será estabelecido nas condições contratuais, na Apólice e no Certificado Individual.

6.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento.

6.3. No caso de migração de apólice, não será iniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos capitais já contratados.

6.4. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em quaisquer das coberturas contratadas, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa**, quando o período de carência corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento.

6.5. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência, exceto quando houver aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

6.6. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.

6.7. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

7. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

7.2. O seguro será contratado ou alterado mediante aceitação da proposta de contratação e condições contratuais assinada pelo representante legal do estipulante.

a) A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

b) No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

c) A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

d) Em caso de não aceitação da proposta de contratação, a seguradora procederá à comunicação formal, com a justificativa da recusa.

e) Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela o valor proporcional ("pro rata temporis") correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

f) A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

g) A proposta de contratação conterá cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais, especiais e suplementares do seguro, além de conter os elementos essenciais do interesse e do risco a ser garantido, com a expressa intenção do proponente contratar uma cobertura ou mais coberturas, e manifestação de seu

pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.

7.3. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, na qual o Proponente declara ter conhecimento prévio na íntegra das condições gerais, especiais, suplementares e contratuais, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.
Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam os requisitos previstos e determinados nas condições contratuais.

7.4. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão, devidamente protocolada e datada, com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

a) A Seguradora poderá solicitar, apenas uma vez, caso o proponente seja pessoa física, ou mais de uma vez, se o proponente for pessoa jurídica e, neste caso, mediante indicação dos fundamentos do pedido de novos elementos, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação, devidamente protocolada em relógio datador.

b) A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

7.5. Se a Seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

7.6. Em caso de recusa de proposta **em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora** para pagamento parcial ou total de prêmio, será válida a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta e a data da formalização da recusa, sendo o valor do adiantamento devido no momento dessa formalização e devendo ser restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela o valor proporcional ("pro rata temporis") correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

8. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

8.1. O início de vigência da apólice será estabelecido no contrato e na proposta de contratação. A vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, do referido contrato e proposta, devidamente assinado pelo estipulante, podendo ter início de vigência às 24hs da data do protocolo na seguradora ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.2. As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24hs das datas para tal fim neles indicadas.

8.3. A apólice é emitida pelo prazo determinado e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.

Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

8.4. As demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordadas pelas partes. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar sua decisão aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

8.5. A renovação poderá ser feita mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que não acarrete ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

8.6. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice. A alteração da apólice que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante, exclusivamente. Caso o aditivo ao contrato e apólice implicar em ônus, dever ou redução dos seus direitos, a alteração deverá ter a anuência expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.

8.7. Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar recálculo dos prêmios. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuência prévia e expressa do Estipulante e dos Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

8.8. <u>Vigência da Cobertura Individual:</u> os segurados terão início e término de vigência às 24hs das datas para tal fim neles indicadas.
a) Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido

recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

b) Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido 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 pela Seguradora.

8.9. Será emitido pela seguradora o certificado individual do seguro, contendo, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado, os capitais segurados de cada cobertura contratada e o prêmio total.

8.10. Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à dívida/obrigação, a seguradora deverá ser **formalmente comunicada** e procederá:

a) Quando 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 remanescente; e

b) Quando houver ampliação do prazo original, a seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

8.11. Se ocorrer a quitação da dívida antecipadamente, 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.

8.12. O prazo de vigência do segurado individual deve estar especificado no certificado e deverá corresponder ao prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término e não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice de seguro.

9. ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS

9.1. Os Capitais Segurados serão estabelecidos na apólice e poderão ser revistos a qualquer momento, a pedido do Estipulante, desde que expressamente aceitos pela Seguradora, sem qualquer prejuízo aos Segurados.

9.2. Qualquer aumento ou redução dos Capitais implicará em alteração automática dos prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada aos Capitais.

9.3. Os prêmios poderão ser previamente definidos sem a necessidade de recálculo futuro, baseados no capital segurado médio do período de cobertura, ou ser recalculados na mesma periodicidade dos capitais. O critério será determinado no contrato.

9.4. Fica reservado à seguradora o direito de recalcular o prêmio no final da vigência, salvo prazo menor estipulado nas condições contratuais, deste contrato de seguro, caso venha a ocorrer à necessidade de reenquadramento das taxas visando o equilíbrio atuarial do seguro.

9.5. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do estipulante e dos segurados, a taxa reajustada será aplicada a partir da renovação da próxima vigência da apólice, salvo prazo menor estipulado no contrato de seguro, conforme condições contratuais, desde que comunicado mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

9.6. Qualquer alteração de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

10. PAGAMENTO DE PRÊMIO

10.1. Conforme disposto nas condições contratuais, o custeio do seguro pode ser:

a) **Não-Contributário:** quando o prêmio for pago integralmente pelo Estipulante, sem a participação do Segurado.

b) **Contributário:** quando o prêmio for pago total ou parcialmente pelos Segurados.

10.2. O prêmio do seguro poderá ser pago em parcelas mensais, anuais ou sob forma de prêmio único, conforme estabelecido no Contrato.

10.3. 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.

10.4. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ainda tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o pagamento seja efetuado no prazo acordado.

10.5. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento dos prêmios devidos até o período de cobertura do

sinistro houver sido realizado, podendo ser abatido da indenização, observado o item 12 destas Condições Gerais.

10.6. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado ou do Estipulante nos prazos estipulados acarretará a suspensão das coberturas deste seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

10.7. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos nestas condições gerais, poderá acarretar o cancelamento da cobertura, ficando o Estipulante sujeito às imposições legais.

10.8. Por se tratar de seguro com vigência determinada, o pagamento de uma parcela mensal não quita nem dá direito ao Segurado à cobertura do seguro se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

10.9. As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o pagamento do prêmio for retomado, desde que não superior a 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago.

10.10. Para os seguros cujo pagamento tenha sido realizado sob a forma de prêmio anual ou único, haverá devolução de prêmio nas situações a seguir, sendo que:

I - Na hipótese de cancelamento do seguro por iniciativa de quaisquer das partes e com a concordância recíproca (Segurado e Estipulante), a Seguradora reterá do prêmio recebido, no máximo, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base "*pro rata temporis*".

II - Quando da quitação antecipada da dívida pelo Segurado, desde que com anuência do Estipulante, na base *"pro rata temporis"*.

III - No caso de suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, será devolvido o prêmio pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

10.11. É 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 de cada Segurado.

10.11.1. **O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado**, sendo o único responsável para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações mencionadas nas Condições Gerais e no Contrato, inclusive a cobrança e pagamento de prêmios nos prazos das respectivas faturas.

10.12. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

10.13. **Os prêmios pagos em atraso serão acrescidos de juros de 1% (um por cento) ao mês e atualização monetária pelo IPCA/IBGE.**

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1. Fica automaticamente cancelada a apólice ou o certificado individual:

a) Se qualquer fatura referente ao prêmio não for paga em até 45 (quarenta e cinco) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do inadimplemento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

b) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo Estipulante, e com anuência prévia recíproca. Deverá haver anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado, observando-se o disposto no item 8 destas Condições Gerais.

c) Com a solicitação do segurado a qualquer tempo.

d) Com o término de vínculo entre o segurado e o estipulante.

e) Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre estipulante e a Seguradora.

f) Quando o Segurado, seus representantes legais ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação no contrato de seguro, durante sua vigência, ou, ainda, para obter ou aumentar a indenização, sem direito a restituição de prêmio.

g) Quando o estipulante, pessoa jurídica, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

h) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito" destas condições gerais.

i) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro.

j) Com o vencimento da última parcela do contrato de dívida, com a sua quitação antecipada ou com extinção da obrigação.

k) Com a morte do segurado.

I) Com a caracterização de sinistro nas coberturas de invalidez permanente total por acidente, invalidez permanente funcional por doença, invalidez permanente laboral por doença, se contratadas.

11.2. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

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

11.4. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

12. PERDA DE DIREITOS

12.1. O Estipulante beneficiário e o Segurado perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

a) Se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, sem prejuízo do pagamento do 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:

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.

b) Pelo não-cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais.
c) Pela utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização.
d) Se houver fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias.
e) Em caso de tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento coberto.
f) Pela solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado e desde que autorizada pelo Estipulante.
g) Por dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou aumentar seu capital segurado.
h) Pela agravação intencional do risco.

12.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, toda e qualquer lesão ou doença preexistente ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé. Entende-se como alteração do risco as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde.

12.3. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, devidamente protocolada em relógio datador, poderá dar ciência ao Segurado, 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.

12.4. 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.

13. BENEFICIÁRIO

13.1. **O beneficiário neste seguro será o credor**, até o valor do saldo devedor da dívida na data do sinistro, desde que não seja superior ao respectivo capital segurado estabelecido no contrato, e vigente na data da ocorrência do sinistro.

13.2. Por se tratar de seguro com capital segurado vinculado, o valor contratado sempre será igual ao valor da dívida, por isso não há pagamento a qualquer outro beneficiário diferente do credor.

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

14.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou seu representante, conforme o caso, deverá comunicar à Seguradora e enviar os documentos para análise e regulação, definidos nas Condições Especiais de cada cobertura.

Além dos documentos mencionados acima, para qualquer cobertura deverão ser apresentados:

a) Cópia simples do contrato de financiamento ou de compromisso de dívida;
b) Cópia simples do comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso na data do sinistro.

14.1.1. A Seguradora poderá rever a necessidade do envio de alguns documentos para análise e regulação, mediante comunicação.

14.2. A partir da entrega de toda a documentação exigida, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para análise e liquidação do sinistro.

14.3. Fica facultada à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração dos fatos, devendo para isso comunicar o Estipulante, através de documento escrito solicitando os documentos complementares.

14.3.1. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências, após novo registro realizado através de protocolo datado da área de sinistros, indicando que houve a reentrada do processo e que o prazo voltou a correr.

14.4. Após caracterizada a cobertura e a ocorrência estando devidamente coberta, tudo em conformidade com as condições contratuais, a Seguradora fará a liquidação do sinistro efetuando o pagamento da indenização.

14.5. Caso a análise/regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias, o valor da indenização será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), calculado o valor proporcional ("pro rata temporis") a partir da data de sua exigibilidade, conforme legislação vigente, até a data do efetivo pagamento, acrescido dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados a partir do último dia previsto para o pagamento.

14.6. Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação necessários correrão por conta do Segurado ou de seu representante, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

14.6.1. Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro e que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão a cargo da Seguradora.

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

15. PERÍCIA DA SEGURADORA

15.1. No caso de qualquer ocorrência prevista, o Segurado autoriza os médicos peritos da Seguradora a terem acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e/ou solicitar exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

15.2. 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

16. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES

16.1. Fica reservado o direito da Seguradora em não assumir qualquer responsabilidade tanto nas coberturas como nas indenizações aqui previstas, no caso de o segurado transferir ou aditar o Contrato junto ao Estipulante a outro adquirente que vier assumir o restante da dívida e não comunicar formalmente a seguradora.

16.2. Para a aceitação deste novo proponente, serão utilizados os mesmos parâmetros descritos no item 7 – CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO destas condições gerais.

17. FORO

17.1. Eventuais questões judiciais entre o Segurado, o Estipulante e/ou a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Estipulante, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

18. ÂMBITO GEOGRÁFICO

18.1. As coberturas previstas nestas Condições Gerais independem da localização da ocorrência do evento coberto por este contrato, com exceção da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, quando contratada, cujo âmbito geográfico está restrito ao território brasileiro.

18.2. O pagamento da indenização de qualquer cobertura se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

19. PRESCRIÇÃO

19.1. Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o Segurado ou seus representantes reclamarem o valor do seguro são aqueles determinados em lei.

20. DEMAIS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas condições gerais e demais disposições contratuais, constituem obrigações do Estipulante:

I - fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais.

II - manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com as Condições Contratuais.

III - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

IV - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade.

V - repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.

VI - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.

VII - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado.

VIII - comunicar, de imediato, à 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.

IX - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.

X - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

XI - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

XII - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

XIII - efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações do seguro contratado.

É expressamente vedado ao Estipulante, nos seguros contributários:

XIV - cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora.

XV - rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

XVI -

XVII - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

20.2. Além das obrigações citadas acima, o Estipulante deverá observar que:

20.2.1. O Seguro PRESTAMISTA é pessoal e intransferível. Na possibilidade de ocorrer alteração contratual para substituição do financiado, a seguradora deverá ser comunicada formalmente. Para aceitação serão utilizados os critérios mencionados no item 7 desta condição geral.

21. DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao

Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

21.1.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado, para os devidos efeitos, o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.

21.2. Caso qualquer das partes deixe de exigir o cumprimento, pontual e integral, das obrigações decorrentes deste Seguro, ou de exercer qualquer direito ou faculdade que lhe seja atribuído, tal fato será interpretado como mera tolerância, a título de liberalidade, e não importará em renúncia aos direitos e faculdades não exercidos, nem em precedente, novação ou renovação de qualquer cláusula ou condição do contrato.

21.3. Em caso de cessação, voluntária ou compulsória, das operações da Seguradora, durante a vigência da apólice, serão observadas as disposições legais que regem a liquidação das sociedades seguradoras, ficando preservados e garantidos todos os direitos do Segurado e de seu(s) Representante(s) Legal(is), que têm privilégio especial sobre as reservas técnicas ou provisões garantidoras das operações de seguro.

21.4. Este plano foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica, em vista da ausência de constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas, não possibilita devolução ou resgate de Prêmios ao Estipulante, ao Segurado ou aos Beneficiários.

21.5. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da Seguradora, respeitadas as condições gerais, especiais, suplementares e demais condições contratuais, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

21.6. Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventuais alterações serão automaticamente aplicadas ao prêmio.

21.7. O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.

21.8. 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.

22. GLOSSÁRIO

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente 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, ainda, nesse conceito:

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

b) NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos **ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo • 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **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, conforme definido neste item.**

Apólice: é o documento emitido pela Seguradora formalizando a

aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.

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

Capital segurado: é o valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

Capital segurado vinculado: modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

Carência (prazo de carência): é o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou seus beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Certificado individual: é o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes aos capitais segurados ou prêmio.

Coberturas: são as garantias contratadas pelo Segurado e concedidas pela Seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas condições gerais e especiais.

Condições contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, das condições suplementares, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

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.

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

Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

Corretor: é a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **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.**

Credor: é quem recebe o valor pago pelo devedor decorrente da obrigação contratada (empréstimo, financiamento etc.).

Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada (empréstimo, financiamento etc.).

Doenças preexistentes: são todas as doenças, inclusive as congênitas, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro e não declaradas na proposta de adesão.

Endosso ou aditivo: é o documento emitido pela Seguradora que expressa qualquer alteração de dados e condições de uma apólice durante sua vigência.

Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do seguro de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista. Equipara-se ao Estipulante, o Subestipulante, quando houver.

Evento coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo Segurado.

Formulário de aviso de sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

Franquia: período contínuo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Grupo segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Grupo segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

IML: Instituto Médico Legal.

Indenização: valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou aos seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Início de vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social.

Médico assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Migração de apólices: é a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Obrigação: compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que fornece ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente a este compromisso.

Período de cobertura: aquele durante o qual o Segurado ou os seus Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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

Prêmio Líquido: valor correspondente ao prêmio, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Proponente: é o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato.

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.

Proposta de contratação: 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.

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

Segurado: pessoa física ou jurídica, a qual se procede a avaliação pela seguradora, e que contrata o seguro e mantêm vínculo com o Estipulante.

Seguradora: é a **TOO SEGUROS S.A.,** companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais.

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

Vigência do Seguro: é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura Individual: é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao beneficiário, em caso de **morte do Segurado**, por causa natural ou acidental devidamente coberta, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura individual.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data de falecimento do Segurado, em caso de morte natural, comprovada mediante Certidão de Óbito ou a data do acidente em caso de morte acidental.

5. CARÊNCIA

O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do prazo de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual para cada segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS condições gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal
b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
c) cópia simples ou número do CPF do segurado
d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
e) cópia simples da certidão de óbito
f) relatório médico detalhando diagnóstico e início do tratamento
g) laudos e exames referentes a patologia que levou o segurado a

óbito

Em caso de morte natural, enviar também:

h) relatório médico detalhando diagnóstico e início do tratamento
i) laudos e exames referentes a patologia que levou o segurado a óbito

Em caso de morte acidental, enviar também:

j) cópia simples do boletim de ocorrência
k) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

Beneficiário

l) dados bancários completos do beneficiário e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
m) cópia simples do contrato social do estipulante atualizado
n) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)

A Seguradora poderá rever a necessidade do envio de alguns documentos citados acima, mediante comunicação.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao beneficiário, no caso de **morte acidental do Segurado**, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do segurado, decorrente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem a morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal
b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
c) cópia simples ou número do CPF do segurado
d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
e) cópia simples da certidão de óbito
f) cópia simples do boletim de ocorrência
g) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

Beneficiário

h) dados bancários completos do beneficiário e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
i) cópia simples do contrato social do estipulante atualizado

j) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital contratado ao beneficiário caso o Segurado fique total e permanentemente inválido, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 O risco coberto por esta cobertura é a invalidez permanente do Segurado, relativa à perda ou à impotência funcional definitiva e total, de membros ou órgãos, por lesão física, causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Especiais e nas demais condições contratuais.

2.2 Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e ocorridos durante a vigência da apólice:

2.2.1 Perda total da visão de ambos os olhos;
2.2.2 Perda total do uso de ambos os braços;
2.2.3 Perda total do uso de ambas as pernas;
2.2.4 Perda total do uso de ambas as mãos;
2.2.5 Perda total do uso de um braço e uma perna;
2.2.6 Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
2.2.7 Perda total do uso de ambos os pés;
2.2.8 Alienação mental total incurável; e
2.2.9 Nefrectomia bilateral por acidente.

2.3 Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.

2.4 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.

2.5 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 previsto nesta cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:**

a) **quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
b) **acidentes médicos;**
c) **exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;**
d) **acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações:**
   - **que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação;**
   - **dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou**
   - **que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.**
e) **perda de dentes e os danos estéticos; e**
f) **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 da contratação do seguro.**

3.2. **Esta garantia não cobre situações de invalidez sofridas pelo segurado diferentes das discriminadas no item 2.2 destas Condições Especiais, qualquer que seja o grau e ainda que decorrente de acidente.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada em caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

4.3. A indenização por invalidez permanente total por acidente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total, o segurado será cancelado na apólice.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal
b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
c) cópia simples do CPF ou CNH do segurado

d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
e) cópia simples do boletim de ocorrência, se houver
f) cópia simples de todos os exames e relatórios médicos que estejam relacionados com a lesão / sequela.
g) cópia simples do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica

Beneficiário

h) dados bancários completos do beneficiário e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
i) cópia simples do contrato social do estipulante atualizado
j) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)

6. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela 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.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao beneficiário caso o Segurado sofra invalidez funcional permanente total em consequência de doença, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 O risco coberto por esta cobertura é a invalidez funcional permanente total em consequência exclusiva de doença coberta, que cause a perda da existência independente do Segurado.

2.2 A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de um dos quadros clínicos incapacitantes abaixo, decorrente exclusivamente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado e que deverão ser comprovados através dos parâmetros e documentos especificados no item 6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS destas Condições Especiais:

a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
g) deficiência visual, decorrente de doença proveniente de:
   - 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) estados mórbidos, decorrentes de doença, que acarretem:
- 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.

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

2.3 Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, que integra 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 duas tabelas:

a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia, através de 3 escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida.
- O 1° grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
- Para a classificação no 2° ou no 3° grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.

b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações ali previstas.
- Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

2.4 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 Total por Doença para fins desta cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta

cobertura, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os seguintes eventos:

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 e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
b) os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;
c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento e será realizado sob a forma de pagamento único.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será registrada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

4.3. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados a partir da data de recebimento, observado o item 21.1 das Condições Gerais deste seguro.

5. CARÊNCIA

O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do prazo de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual para cada segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM
b) cópia simples do RG ou CNH do segurado

c) cópia simples ou número do CPF do segurado
d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
e) cópia simples do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica
f) cópia simples de todos os exames médicos que estejam relacionados com a doença

Beneficiário

g) dados bancários completos do beneficiário e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
h) cópia simples do contrato social do estipulante atualizado
i) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)

O Segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

7. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela 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.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

9. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE IFPD:

Agravo mórbido: piora de uma doença.

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

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

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

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

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

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

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

Dados antropométricos: no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o peso e a altura do segurado.

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

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

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

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

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

Doença crônica em atividade: doença crônica que se mantém ativa

apesar do tratamento.

Doença crônica de caráter progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

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

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

Doença profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

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

Fatores de risco e morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Hígido: saudável.

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

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

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

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

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF
TABELA 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1° GRAU: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2° GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

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

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao beneficiário caso o Segurado sofra invalidez laborativa permanente total em consequência de doença, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 O risco coberto por esta cobertura é a invalidez laborativa permanente e total consequente de doença coberta.

2.2 Entende-se como invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

2.3 A atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro do período de 1 (um) ano, a contar retroativamente à data do evento que deu origem à invalidez laborativa pleiteada pelo Segurado.

2.4 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeito da cobertura de que trata estas Condições Especiais, os Segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.

2.5 **Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa. Esta proibição estende-se aos Segurados aposentados no início ou durante a vigência do seguro, sendo que os Segurados que se aposentarem durante a vigência deverão comunicar este fato à Seguradora para a devida exclusão da cobertura e redução do prêmio.**

2.6 **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, comprovação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, para fins desta cobertura.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento e será realizado sob a forma de pagamento único.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença será registrada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

4.3. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados a partir da data de recebimento, observado o item 21.1 das Condições Gerais deste seguro.

5. CARÊNCIA

O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do prazo de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual para cada segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM

b) cópia simples do RG ou CNH do segurado

c) cópia simples ou número do CPF do segurado

d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado

e) cópia simples do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica

f) relatório médico do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente 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 da atividade principal do segurado

g) cópia simples de todos os exames 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

h) Carteira de Trabalho e ou Contrato de Trabalho e ou Declaração de Imposto de Renda para fins de verificação da atividade do Segurado que lhe provê maior renda.

Beneficiário

i) dados bancários completos do beneficiário e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

j) cópia simples do contrato social do estipulante atualizado

k) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)

O Segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

7. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela 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.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – CLT (PRDI)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao beneficiário no caso de perda de renda por desemprego involuntário do Segurado profissional com vínculo empregatício, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a perda involuntária de emprego decorrente da dispensa sem justa causa do Segurado com vínculo empregatício através de contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho), **desde que o mesmo comprove um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto e com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta horas) semanais na data do sinistro e que receba pagamentos periódicos consecutivos**, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

Esta cobertura está limitada ao número de mensalidades seguradas e respectivos capitais, e cessará quando o Segurado obtiver novo vínculo empregatício.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

a) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
b) Renúncia, perda voluntária do vínculo empregatício, demissões negociadas ou decorrentes de programas de desligamento voluntário;
c) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;
d) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
e) Trabalhos de profissionais autônomos, liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
f) Perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
g) Término de contrato de trabalho por tempo determinado em qualquer tempo; e
h) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral.

4. CARÊNCIA

O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do prazo de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual para

cada segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

5. FRANQUIA

Poderá ser estabelecida franquia máxima de 30 (trinta) dias para esta cobertura, a partir da data de demissão.

A cobertura só será devida a partir do primeiro dia após o período de franquia, desde que o sinistro não tenha ocorrido no período de carência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2 A indenização está limitada ao número de parcelas consecutivas cobertas por evento e será suspensa quando o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.

6.3 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da dispensa (último dia trabalhado) sem justa causa que deu origem ao sinistro. Em caso de aviso prévio trabalhado, a data do evento será o último dia de trabalho.

6.4 O capital segurado relativo a esta cobertura será reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal

b) cópia simples do RG ou CNH do segurado

c) cópia simples do CPF ou CNH do segurado

d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado

e) cópia simples da página da identificação visual (foto) da carteira de trabalho

f) cópia simples da página da qualificação civil da carteira de trabalho

g) cópia simples do termo de rescisão de contrato devidamente homologado, com discriminação das verbas rescisórias

Cópia autenticada atualizada após 30 dias da data da demissão e a cada pagamento de parcela, das seguintes páginas da carteira de trabalho:

h) página do último registro do contrato de trabalho (admissão e demissão)

i) página posterior ao contrato de trabalho, mesmo que em branco

Beneficiários

j) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

k) cópia simples do contrato social do estipulante atualizado

l) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-AD)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao beneficiário no caso de perda de renda por incapacidade física total e temporária do Segurado profissional liberal ou autônomo, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a incapacidade física total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, que cause o seu afastamento das suas atividades profissionais, por motivo de acidente pessoal ou doença coberta, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

Entende-se como incapacidade física total e temporária a impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

Esta cobertura está limitada ao número de diárias ou parcelas e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa quando o Segurado obtiver alta médica.

Terá direito a esta cobertura exclusivamente o Segurado profissional liberal ou autônomo em atividade profissional regulamentada e que possua comprovação de renda.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

a) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
b) Gravidez, parto ou aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto.

4. CARÊNCIA

O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do prazo de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual para cada segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

5. FRANQUIA

Poderá ser estabelecida franquia máxima de 15 (quinze) dias para esta cobertura, a partir da data da incapacidade atestada pelo médico assistente do Segurado.

A cobertura só será devida a partir do primeiro dia após o período de franquia, desde que o sinistro não tenha ocorrido no período de carência.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. A indenização está limitada ao número de diárias ou parcelas consecutivas cobertas por evento e será suspensa quando o Segurado receber alta médica, desqualificando a situação de sinistro coberto.

6.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias ou parcelas cobertas.

6.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.

6.5. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional

6.6. Caso ocorra um evento de Incapacidade Física Total e Temporária e seja indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um outro evento desta cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM

b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado

c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

d) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados
e) documento que comprove atividade como trabalhador autônomo (contra cheque/declaração IRPF/recibos de prestação de serviços, cópia da guia da previdência social (carnê INSS) etc.).
f) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária
g) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária
h) exames que comprovem a incapacidade física total e temporária
i) cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado
j) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado

Beneficiários

k) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
l) cópia simples do contrato social do estipulante atualizado
m) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

8. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela 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.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-A)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao beneficiário no caso de perda de renda por incapacidade física total e temporária do Segurado profissional liberal ou autônomo, exclusivamente por acidente, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a incapacidade física total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, que cause o afastamento das suas atividades profissionais, por motivo de acidente pessoal coberto, observado o período de franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

Entende-se como incapacidade física total e temporária a impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

Esta cobertura está limitada ao número de diárias ou parcelas e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa quando o Segurado obtiver alta médica.

Terá direito a esta cobertura exclusivamente o Segurado profissional liberal ou autônomo em atividade profissional regulamentada e que possua comprovação de renda.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

a) **Lesões que não exijam atendimento médico;**
b) **Gravidez, parto ou aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto.**

4. CARÊNCIA

Não há carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

5. FRANQUIA

Poderá ser estabelecida franquia máxima de 15 (quinze) dias para esta cobertura, a partir da data do acidente que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.

A cobertura só será devida a partir do primeiro dia após o período

de franquia.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. A indenização está limitada ao número de diárias consecutivas cobertas por evento e será suspensa quando o Segurado receber alta médica, desqualificando a situação de sinistro coberto.

6.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias cobertas.

6.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente pessoal que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.

6.5. O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional

6.6. Caso ocorra um evento de Incapacidade Física Total e Temporária e seja indenizado, o Segurado somente estará elegível à indenização de um outro evento desta cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM

b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado

c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

d) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados

e) documento que comprove atividade como trabalhador autônomo (contra cheque/declaração IRPF/recibos de prestação de serviços, cópia da guia da previdência social (carnê INSS) etc.).

f) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária
g) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária
h) cópia simples dos exames e seus relatórios que comprovem a incapacidade física total e temporária
i) cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado
j) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado

Beneficiários

k) dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
l) cópia simples do contrato social do estipulante atualizada
m) autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

8. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela 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.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO (ET)

1. OBJETIVO

Tendo sido contratada, a presente Cláusula tem por objetivo estabelecer a distribuição do excedente técnico da apólice, desde que tenham sido pagas todas as faturas do período de apuração e observadas as demais disposições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos no **CRITÉRIOS DE APURAÇÃO** abaixo.

2.2. O termo IBNR abordado no **CRITÉRIOS DE APURAÇÃO** se refere à provisão técnica obrigatória para as Seguradoras, de forma a garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados.

3. APURAÇÃO

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

3.2. A apuração será realizada até 60(sessenta) dias após o pagamento da última fatura correspondente ao término do período indicado no subitem anterior e a distribuição em até 30 (trinta) dias da apuração.

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

3.4. Não será distribuído excedente técnico em caso de cancelamento da Apólice.

4. CRITÉRIOS DA APURAÇÃO

4.1. Consideram-se como RECEITAS:

a) prêmios líquidos emitidos, efetivamente pagos, correspondentes à competência do período da apuração;

b) sinistros computados em períodos anteriores, posteriormente estornados, se houver;

c) saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados - IBNR do período anterior, se houver;

d) recuperação de Sinistros do ressegurador, se houver.

4.2. Consideram-se como DESPESAS:

a) comissões de corretagem, comissões de administração, pró-labore, agenciamentos, ou quaisquer outros valore relativos à remuneração, pagos durante o período;

b) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, inclusive despesas de sinistro, avisados ou pagos até a data de apuração do excedente e ainda não considerados em períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

c) alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
d) saldos negativos de excedentes técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados;
e) impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração;
f) despesas de administração da Seguradora, conforme indicado nas condições contratuais;
g) percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à Seguradora, conforme indicado nas condições contratuais;
h) Prêmios de resseguro, se houver.

4.3. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA-IBGE, a partir:
a) do respectivo pagamento para prêmios e comissões;
b) do aviso à Seguradora para os sinistros;
c) da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
d) do efetivo pagamento, para outras despesas.

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

4.5. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

4.6. Todos os encargos aplicados nos prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do excedente técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

5. CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

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

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

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

Em substituição aos itens 5.1 e 5.2 o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação de faturas subsequentes, quando a apólice for renovada e mediante expressa solicitação.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.