

Você
nunca
está
sozinho.



Condições Gerais

Seguro Prestamista

Individual

Capital Vinculado

Taxa Média

,too
seguros

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO PRESTAMISTA INDIVIDUAL BILHETE - CAPITAL VINCULADO – TAXA MÉDIA

O seguro prestamista oferece proteção e tranquilidade para o segurado pois tem como objetivo a quitação parcial ou total da dívida caso venha a falecer, fique incapacitado temporariamente ou inválido permanentemente, por exemplo.

Neste material você encontrará as condições gerais, especiais e suplementares que regem o seguro, com direitos e obrigações de todas as partes envolvidas.

Leia atentamente, para que você possa, assim, conhecer todas as vantagens que o seguro oferece.

Too Seguros

	Índice
1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. RISCOS COBERTOS	4
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	4
4. CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....	5
5. CAPITAL SEGURADO.....	5
6. CARÊNCIAS E FRANQUIAS	6
7. VIGÊNCIA.....	6
8. RENOVAÇÃO	7
9. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	7
10. PAGAMENTO DE PRÊMIOS.....	7
11. CANCELAMENTO DO SEGURO	8
12. PERDA DE DIREITOS.....	8
13. BENEFICIÁRIOS	9
14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	9
15. PERÍCIA DA SEGURADORA	10
16. REINTEGRAÇÃO	11
17. FORO.....	11
18. ÂMBITO GEOGRÁFICO	11
19. PRESCRIÇÃO	11
20. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	11
21. GLOSSÁRIO.....	12
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE	14
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	15
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	16
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	

(IPTA).....	22
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	24
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	25
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE- PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO .	27
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA	29
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇA.....	32

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO PRESTAMISTA INDIVIDUAL BILHETE – CAPITAL VINCULADO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de evento coberto, conforme definido nas coberturas contratadas, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura.
- 1.2. Para fins deste seguro, entende-se credor como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

2. RISCOS COBERTOS

- 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 segurado e ratificadas no bilhete de seguro, 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 ou Parcial por Acidente (IPA);
 - d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
 - e) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
 - f) Perda de Renda por Desemprego Involuntário – CLT;
 - g) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Doença ou Acidente – Profissional Liberal / Autônomo;
 - h) Perda de Renda;
 - i) Internação Hospitalar Decorrente de Doença
- 2.2. Nas condições especiais serão apresentadas as disposições de todas as coberturas incluídas no seguro, com a especificação dos riscos cobertos.
- 2.3. Das coberturas descritas, as seguintes não poderão ser contratadas simultaneamente:
 - a) Morte e Morte acidental.
 - b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).
 - c) Perda de Renda por Desemprego Involuntário e Perda de Renda.
 - d) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Doença ou Acidente – Profissional Liberal / Autônomo e Perda de Renda.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Exclusões Gerais
 - a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.
 - d) Os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas.
 - e) De automutilações e lesões auto infligidas;

- f) Do suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual ou nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- g) De intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- h) De epidemias e pandemias declaradas pelo órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- i) Da participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- j) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- k) De envenenamento em caráter coletivo;
- l) De dano moral, entendido como toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico.

3.2. Exclusão para Atos Terroristas;

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

4. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

- 4.1. A contratação do seguro será feita sob forma de bilhete.
- 4.2. A contratação de seguros por meio de bilhete poderá ser feita mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo inequívoco, cuja comprovação caberá à seguradora.
- 4.3. A SUSEP poderá dispor sobre outras formas de solicitação equiparadas à solicitação verbal do interessado.
- 4.4. **Este seguro não pode ser contratado por menores de 14 (quatorze) anos.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado estabelecido no bilhete 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. Este seguro opera com modalidade de capital segurado vinculado, ou seja, o capital segurado é necessariamente igual ou até o 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 de contratação.
- 5.3. Para efeito de cálculo da indenização, a data do evento quando da liquidação de sinistros estará determinada da seguinte forma:
 - 5.3.1. Para a cobertura de morte, será considerada 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.
 - 5.3.2. Para as coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente, será considerada a data do acidente.
 - 5.3.3. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, será considerada a data indicada na declaração médica, 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.
- 5.3.4. Para a cobertura de Desemprego Involuntário e Perda de Renda (segurados com vínculo empregatício), 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;
 - 5.3.5. Para a cobertura de Perda de renda por incapacidade total e temporária e Perda de renda (segurado sem vínculo empregatício), 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.
 - 5.3.6. Para a cobertura de Internação Hospitalar Decorrente de Doença, será considerada data do evento a data da internação que deu origem ao sinistro.
- 5.4. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.
 - 5.5. Se depois de paga indenização por Internação Hospitalar Decorrente de Doença verificar-se a incapacidade física e temporária do segurado em consequência da mesma doença ou acidente, a importância já paga por Internação Hospitalar Decorrente deve ser deduzida do valor do capital segurado por Perda de Renda por incapacidade física e temporária do segurado ou Perda de Renda, se contratada esta cobertura.

6. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 6.1. Para as coberturas de Morte, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente, não serão aplicadas carências ou franquias.
- 6.2. Para as coberturas de Desemprego Involuntário, Incapacidade ou Perda de Renda. O período de carência, para estas coberturas, será de até 30 (trinta) dias. Para estas coberturas, o período de franquia será de até 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 6.3. Para a cobertura de Internação Hospitalar Decorrente de Doença. O período de carência será de 30 (trinta) dias de internação. Para esta cobertura, o período de franquia será de até 5 (cinco) dias, a contar da data do evento.
- 6.4. Todas as carências e franquias aplicadas no seguro estarão disponíveis no bilhete de seguro.
- 6.5. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 6.6. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 6.7. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos ininterruptos no caso de suicídio ou sua tentativa contada da data de contratação ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, ou do aumento do capital segurado na parte que se refere a esse aumento.

7. VIGÊNCIA

- 7.1. A vigência das coberturas oferecidas em planos de seguros contratados mediante a emissão de bilhete iniciar-se-á sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio.
- 7.2. O prazo de vigência do seguro deverá estar especificado no bilhete e suas alterações, cujo período terão seu início e término de vigência às 24hs das datas para tal fim neles indicadas.
- 7.3. O prazo do seguro deverá corresponder ao prazo da obrigação a que está atrelado, quando houver data prevista de término.
- 7.4. Caso o prazo original do contrato da dívida seja repactuado, a seguradora deverá ser formalmente comunicada e:
 - I – se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período

remanescente; e

II – se houver ampliação do prazo original, a seguradora deverá se manifestar quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

- 7.5. Nos casos em que a obrigação/dívida for por período indeterminado, o prazo de vigência deverá ser acordado entre as partes.
- 7.6. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do seguro.

8. RENOVAÇÃO

- 8.1. Este seguro não será renovado.

9. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- 9.1. Os Capitais Segurados serão estabelecidos na apólice e poderão ser revistos a qualquer momento, 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.

10. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

- 10.1. O prêmio do seguro poderá ser pago em parcelas mensais, anuais ou sob forma de prêmio único, conforme estabelecido no Bilhete de seguros, porém a última parcela do prêmio não poderá exceder ao término de vigência do seguro.
- 10.2. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 10.3. Em caso de parcelamento do prêmio, não será feita a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento. Está garantido ao segurado, quando houver parcelamento com juros, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.
- 10.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base a tabela de curto prazo (não caberá para seguro pago mensalmente). Para percentuais não previstos na tabela deverá ser aplicado o percentual imediatamente superior.

10.4.1. Tabela de prazo curto

Relação (%) entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total do Bilhete de seguro	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação (%) entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total do Bilhete de seguro	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365

66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

- 10.5. A sociedade seguradora, obrigatoriamente, informará ao segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.
- 10.6. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do seguro.
- 10.7. Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou no caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de curto prazo não resulte em alteração do prazo de vigência da cobertura o seguro será cancelado de pleno direito.
- 10.8. A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará o cancelamento do seguro.
- 10.9. É estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de emissão do Bilhete de seguro, endosso, fatura e/ou contas mensais, para o pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela.
- 10.10. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.
- 10.11. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 10.12. Este plano não será alterado por faixa etária do segurado.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 11.1. Se o segurado estiver inadimplente, a sociedade seguradora poderá cancelar automaticamente o seguro, devendo o prazo de vigência da cobertura ser ajustado em função do prêmio efetivamente pago.
- 11.2. Os seguros não poderão ser cancelados durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 11.3. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes.
- 11.4. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:
 - I. A sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
 - II. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no Item PAGAMENTO DE PRÊMIOS.
- 11.5. Em caso de extinção antecipada da dívida/obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.
- 11.6. 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.

12. PERDA DE DIREITOS

- 12.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
- 12.2. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na contratação do Bilhete de seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio

vencido.

- 12.3. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:
- I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
 - II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - III. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.
- 12.4. O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 12.5. A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 12.6. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

13. BENEFICIÁRIOS

- 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 mínimos para análise e regulação, definidos nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada cobertura.
- 14.2. 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 de contratação do seguro;
 - c) Cópia simples do comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso na data do sinistro.
- 14.3. A partir da entrega de toda a documentação exigida, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para análise e liquidação do sinistro.

- 14.4. 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 segurado ou seu representante, através de documento escrito solicitando os documentos complementares.
- 14.4.1. 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.
- 14.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 14.6. 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.
- 14.7. O pagamento da indenização será sob a forma de parcela única.
- 14.8. A indenização, respeitado o Capital Segurado vigente na data do sinistro, obedecerá ao valor e ao número de parcelas constantes do Bilhete de seguro.
- 14.9. Os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.
- 14.10. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 14.11. 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.
- 14.12. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.
- 14.13. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 14.14. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, estabelecer que os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.
- 14.15. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 14.16. 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. REINTEGRAÇÃO

- 16.1. No caso de invalidez parcial ou Internação Hospitalar Decorrente de Doença o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro com cobrança do prêmio devido.
- 16.2. Para os demais casos os Capitais Segurados não serão reintegrados.

17. FORO

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

18. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 18.1. O âmbito geográfico para as coberturas deste plano de seguro é o território mundial, com exceção da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário e Perda de Renda (segurados com vínculo empregatício), 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. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 20.1. 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.
 - 20.1.1. 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.
- 20.2. 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.
- 20.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 20.4. 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.
- 20.5. Este seguro é estruturado em regime financeiro de repartição. Sendo assim, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao beneficiário.
- 20.6. Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventuais alterações serão automaticamente aplicadas ao prêmio.
- 20.7. Quando tecnicamente aplicável, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 1% (um por cento) ao mês. Este limite não se aplica a juros moratórios.

21. GLOSSÁRIO

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

21.1.1. Incluem-se nesse conceito:

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

21.1.2. Excluem- e desse conceito:

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

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

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

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

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

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

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

Condições gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo

obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

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

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.).

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

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

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

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

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

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 beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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

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

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

Segurado: pessoa física que contrata o seguro e que se procede a avaliação do risco.

Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro; Seguradora: É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a TOO SEGUROS S.A.

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de Morte do Segurado, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor limitado ao Capital Segurado

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. 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

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

4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Além dos documentos mencionados no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- 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

Em caso de morte natural, enviar também:

- 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 acidental, enviar também:

- h) cópia simples do boletim de ocorrência
- i) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

Beneficiário

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

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de morte acidental do Segurado, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor limitado ao Capital Segurado.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. 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

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

4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Além dos documentos mencionados no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:
- 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 credor atualizado
- j) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em decorrência de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor limitado ao Capital Segurado

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, total ou parcial, 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. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com a tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
- De 3 (três) centímetros	06	
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
		MANDÍBULA
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75

	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR
Perda de um testículo		05
Perda de dois testículos		15
Amputação traumática do pênis		40
Perda de um ovário		05
Perda de dois ovários		15
Perda do útero antes da menopausa		30
Perda do útero depois da menopausa		10
PESCOÇO		
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição		15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora		15
Traqueostomia definitiva		40
Paralisia de uma corda vocal		10
Paralisia de duas cordas vocais		30
TÓRAX		
APARELHO RESPIRATÓRIO		
Sequelas pós-traumáticas pleurais		10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)		
com função respiratória preservada		15
com redução em grau mínimo da função respiratória		25
com redução em grau médio da função respiratória		50
com insuficiência respiratória		75
MAMAS (FEMININAS)		
Mastectomia unilateral		10
Mastectomia bilateral		20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)		
Gastrectomia subtotal		20
Gastrectomia total		40
INTESTINO DELGADO		
Ressecção parcial		20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva		40
INTESTINO GROSSO		
Colectomia parcial		20
Colectomia total ou definitiva		40
RETO E ÂNUS		
Incontinência fecal sem prolapso		30
Incontinência fecal com prolapso		50
Retenção anal		10
FÍGADO		
Lobectomia hepática sem alteração funcional		10
Lobectomia com insuficiência hepática		50
Extirpação da vesícula biliar		07
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS		
Epilepsia pós-traumática	20	
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20	
Síndrome pós-concussional	05	

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além das exclusões constantes na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:
 - a) De acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.
 - b) De doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimentos visíveis causados por acidentes;
 - c) De acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;
 - d) Perda de dentes e os danos estéticos;
 - e) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Além dos documentos básicos mencionados no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:
 - 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 credor atualizado
- j) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de perda total de um membro ou órgão do segurado, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente coberto, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor limitado ao Capital Segurado.

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 constantes na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:
 - a) Os acidentes ocorridos em consequência:
 - De competições em veículos, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;
 - De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto utilização de meios de transportes mais arriscados e prática de esportes, ou quando se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem;

- De atos ilícitos e contrários à lei;
- b) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
- c) O parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
- d) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- e) O choque anafilático e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
- f) Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;
- g) Mutilação voluntária ou premeditada;
- h) Perda de dentes e os danos estéticos.
- i) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo o decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou ainda por ato de humanidade em auxílio de outrem.
- j) De acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.
- k) De doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimentos visíveis causados por acidentes;
- l) De acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto.

4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Além dos documentos mencionados no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- 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 / seqüela.
- 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 credor atualizado
- j) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de invalidez funcional permanente total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor limitado ao Capital Segurado, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor

2. GARANTIA

- 2.1. Consideram-se como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPD, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 2.2. O segurado terá o seguro cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além das exclusões constantes na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:
 - a) Perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
 - c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Além dos documentos mencionados no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:
 - 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 credor atualizado
- i) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. OBJETIVO

- 1.1. 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

- 2.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de desemprego involuntário do segurado, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor, limitado ao Capital Segurado e/ou ao número de parcelas indicado no bilhete, sendo cada parcela limitada ao valor indicado no mesmo.
- 2.2. Entende-se por desemprego involuntário:
 - 2.2.1. O segurado que perder o emprego involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa e permaneça sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
 - 2.2.2. Serão seguráveis as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento, observada as demais condições estabelecidas no seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além das exclusões constantes na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:
 - a) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
 - b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
 - c) Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
 - d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
 - e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral; e demissão por justa causa do trabalhador segurado, exceto em caso de reversão de demissão por justa causa pelo Poder Judiciário;
 - f) Desatendimento das condições mínimas de período de trabalho estabelecido no Contrato, decorrentes da perda do vínculo empregatício;
 - g) Falência da empresa na qual trabalha o segurado;
 - h) Campanhas de demissões em massa. Considera-se "demissão em massa" o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
 - i) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
 - j) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
 - k) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no Contrato; e
 - l) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período.
- 3.2. Não haverá pagamento de indenização, caso haja a resolução ou cessão do contrato prévio firmado junto ao credor, ou refinanciamento da dívida junto ao credor.

4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Além dos documentos básicos mencionados no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- 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

Beneficiário

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

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE- PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de incapacidade física total e temporária do segurado, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor limitado ao Capital Segurado e/ou ao número e valor das parcelas indicado no bilhete, conforme a contratação do seguro.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. 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.
- 2.2. 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.
- 2.3. Esta cobertura está limitada ao número de parcelas e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa quando o Segurado obtiver alta médica.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Além dos documentos mencionados no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:
 - 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 dos resultados de exames complementares realizados
 - d) 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.).
 - e) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária
 - f) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária
 - g) exames que comprovem a incapacidade física total e temporária
 - h) cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado
 - i) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado

Beneficiário

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

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de Perda de Renda do Segurado, equivalente ao número de parcelas e valores indicados no Bilhete de Seguro limitado ao Capital Segurado.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. No caso do segurado com vínculo empregatício:
 - 2.1.1. Garante o pagamento de indenização no caso de o segurado perder o emprego involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa e o segurado permaneça sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
 - 2.1.2. Serão seguráveis as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento, observado as demais condições estabelecidas no Seguro.
- 2.2. No caso do segurado sem vínculo empregatício:
 - 2.2.1. Garante o pagamento de indenização no caso da incapacidade física total e temporária do segurado decorrente de doença ou acidente.
 - 2.2.2. Serão seguráveis exclusivamente profissionais liberais ou autônomos regulamentados que possuam comprovação de renda.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além das exclusões constantes na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:
 - 3.1.1. No caso do segurado com vínculo empregatício
 - a) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
 - b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
 - c) Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
 - d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
 - e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral; e demissão por justa causa do trabalhador segurado, exceto em caso de reversão de demissão por justa causa pelo Poder Judiciário;
 - f) Desatendimento das condições mínimas de período de trabalho estabelecido no Contrato, decorrentes da perda do vínculo empregatício;
 - g) Falência da empresa na qual trabalha o segurado;
 - h) Campanhas de demissões em massa. Considera-se "demissão em massa" o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
 - i) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
 - j) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
 - k) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no Contrato; e
 - l) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período.
 - 3.1.2. No caso do segurado sem vínculo empregatício
 - a) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);
 - b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;

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

4. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Além dos documentos mencionados no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

4.1.1. No caso do segurado com vínculo empregatício

- 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

Beneficiário

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

4.1.2. No caso do segurado sem vínculo empregatício

- 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 dos resultados de exames complementares realizados
- d) 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.).
- e) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária

- f) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária
- g) exames que comprovem a incapacidade física total e temporária
- h) cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado
- i) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado

Beneficiário

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

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇA

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CARÊNCIA

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

5. FRANQUIA

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

6. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Além dos documentos mencionados no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar em vias originais ou cópias autenticadas, ainda, os seguintes documentos:

- 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) Relatório ou laudo preenchido e assinado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários, comprovando o período de internação.

Beneficiário

- f) dados bancários completos do beneficiário e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
 - g) cópia simples do contrato social do credor atualizado
 - h) autorização de crédito preenchida pelo beneficiário (formulário disponível no site)
- 6.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela

confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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