

CONDIÇÕES GERAIS

EMPRESARIAL
PRESTAMISTA CAPITAL FIXO

15414.000704/2006-91



CNPJ: 61.383.493/0001-80

EMPRESARIAL PRESTAMISTA CAPITAL FIXO

12/2021

SOMPO SEGUROS S.A - CNPJ 61.383.493/0001-80

Endereço: Rua Cubatão, 320 - São Paulo/SP - CEP: 04013-001

www.sompo.com.br

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

CANAIS DE ATENDIMENTO

Grande São Paulo: 3156-2990 - Demais Localidades: 0800 77 19 119 - Ouvidoria: 0800 77 32 527

Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 77 19 759 - Disque Denúncia: 0800 015 31 56

SAC Seguros: 0800 77 19 719

Prezado(s) Sr(s),

Parabéns!

Seja(m) bem vindo(s) à crescente família de segurados da Sompo Seguros.

A partir de agora, seus clientes contarão com a tranquilidade e proteção de uma seguradora com mais de 60 anos de experiência e solidez.

Apresentamos a seguir as Condições Gerais e Especiais do seguro Empresarial Prestamista – Capital Fixo, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

Deverão ser consideradas nas Condições Especiais apenas as coberturas contratadas.

É importante que todos os segurados tenham expresso conhecimento das condições de contratação deste seguro, das obrigações, restrições e exclusões, evitando dúvidas quanto à sua utilização.

Lembre(m)-se: a Sompo Seguros e seu Corretor estarão sempre prontos para atender suas necessidades de proteção, agora e no futuro.

Atenciosamente,

SOMPO SEGUROS

CANAIS DE ATENDIMENTO

Grande São Paulo - 3156-2990

Demais Localidades - 0800 77 19 119

SAC - Cancelamento, Reclamações, Informações Gerais:

Automóvel, Riscos Especiais, Transportes e Vida – 0800 77 19 719

www.consumidor.gov.br

Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 77 19 759

Ouvidoria: 0800 77 32 527

A Ouvidoria da Sompo Seguros é um canal de comunicação adicional, que permite aos segurados, beneficiários e corretores manifestarem suas opiniões sobre os produtos e serviços disponibilizados pela Seguradora. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos diversos setores e departamentos da Seguradora no atendimento das demandas de segurados e corretores, devendo ser acionada apenas como último recurso para solução de algum problema ou conflito junto a Seguradora.

As solicitações e reclamações devem ser encaminhadas contendo informações mínimas

para a devida análise: o nome do segurado/beneficiário, CPF/CNPJ, ramo do seguro, número da apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone e e-mail para contato e o número do protocolo do canal de atendimento utilizado antes de acionar a Ouvidoria.

O número do protocolo do atendimento anterior é obrigatório para registrar uma demanda na Ouvidoria. Caso a demanda seja feita na Ouvidoria sem o número do protocolo, a mesma será direcionada ao SAC.

Os assuntos recebidos serão analisados e respondidos em até 15 dias contados a partir da data do recebimento da manifestação.

De segunda a sexta-feira das 8h30 às 17h30.

**CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
EMPRESARIAL PRESTAMISTA – CAPITAL FIXO**

ÍNDICE GERAL

CONDIÇÕES GERAIS.....	6
1. DISPOSIÇÕES GERAIS PRELIMINARES	6
2. OBJETIVO DO SEGURO.....	7
3. DEFINIÇÕES.....	7
4. COBERTURA DO SEGURO.....	10
5. RISCOS EXCLUÍDOS	11
6. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.....	12
7. PROPOSTA DE ADESÃO – INGRESSO NO SEGURO.....	13
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	15
9. CANCELAMENTO DO SEGURO	16
10. CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	17
11. CAPITAL SEGURADO	17
12. REVISÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	18
13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAIS E PRÊMIOS.....	18
14. INDICAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	19
15. ALTERAÇÃO DO SEGURO	20
16. CUSTEIO DO SEGURO.....	20
17. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	21
18. TAXA DE PRÊMIO.....	23
19. CARÊNCIA E FRANQUIA	23
20. SINISTROS	23
21. PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO.....	26
22. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	27
23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA - OBRIGAÇÕES.	28
24. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	29
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	29
26. TRIBUTOS	29

27. PRESCRIÇÃO.....	29
28. FORO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL	29
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS	30
I - COBERTURA DE MORTE	30
II - COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE.....	32
III - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.....	34
IV - COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	42
X - COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	44
III- COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.	53
IV - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES	56
V - COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL	59
XII - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA	60
XIII - COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	63
XIV - COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA	66

CONDIÇÕES GERAIS

1. DISPOSIÇÕES GERAIS PRELIMINARES

- 1.1.** A aceitação deste seguro está sujeita à análise de risco.
- 1.2.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.3.** 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.
- 1.4.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo ao fim de sua vigência sem devolução dos prêmios pagos.
- 1.5.** Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do segurado ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, contados da data de adesão do segurado ao seguro.
- 1.6.** As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.
- 1.7.** 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.
- 1.8.** Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme disposto no item “14. Beneficiários”.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. Este seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas contratadas, até o limite do capital segurado contratado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Os termos e expressões abaixo, quando utilizadas no corpo destas Condições Gerais e das Condições Especiais das coberturas contratadas, terão os significados aqui considerados:

a) Acidente Pessoal: o 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 Invalidez Permanente, Total ou Parcial, do Segurado, incluindo-se ainda neste conceito:

- a) o suicídio e sua tentativa;
- 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; e,
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

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

- de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica–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 nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 3.1, acima.
 - e) Agravação de Risco: circunstância que aumenta a possibilidade de ocorrência dos riscos previstos no contrato, seja por ato de terceiros ou do próprio segurado.
 - f) Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que, integrado por estas Condições Gerais, discrimina o interesse segurado, as coberturas contratadas, os direitos e obrigações das partes contratantes e os demais elementos do contrato de seguro.
 - g) Beneficiários: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
 - h) Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.
 - i) Capital Segurado: importância máxima fixada para cada cobertura contratada, estabelecida na Proposta de Contratação e ou na Proposta de Adesão.
 - j) Carência: período de tempo durante o qual o segurado não tem direito à garantia do seguro, embora a Seguradora faça jus ao recebimento do prêmio correspondente a esse mesmo período.
 - k) Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado para comprovar a sua inclusão no seguro e que contém a especificação das coberturas contratadas e dos limites máximos dos respectivos capitais.
 - i. Cláusula Suplementar: cláusula que permite a inclusão de Segurados Dependentes no seguro.
 - l) Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem o seguro, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da apólice, de eventuais endossos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual do Seguro.
 - m) Condições Especiais: conjunto de cláusulas que regulam especificamente cada uma das coberturas e das cláusulas suplementares que possam ser contratadas.
 - n) Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.
 - o) Contrato: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam

- os direitos e obrigações das partes, podendo alterar disposições das Condições Gerais e Especiais.
- p) Corretor de Seguros: pessoa intermediária legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguros.
 - q) Credor: aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
 - r) Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: informações prestadas pelos proponentes em questionário constante da Proposta de Adesão.
 - s) Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
 - t) Doenças e Lesões Preexistentes: são as doenças contraídas, inclusive as congênitas, e as lesões acidentais sofridas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, que sejam de seu conhecimento e não sejam declaradas na Proposta de Adesão.
 - u) Endosso: documento emitido pela Seguradora durante a vigência da apólice formalizando alteração contratual havida.
 - v) Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro.
 - w) Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas contratadas, que caracteriza sinistro.
 - x) Excedente Técnico: saldo positivo obtido na apuração do resultado operacional da apólice em um período determinado.
 - y) Fracionamento do Prêmio: modalidade em que a vigência do seguro se reduz à falta de pagamento integral do prêmio ajustado.
 - z) Franquia: período, contado em dias, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento do capital segurado previsto. A franquia é deduzida por evento ocorrido.
 - aa) Grupo Segurado: aquele constituído pelos componentes do grupo segurável que foram regularmente aceitos e incluídos no seguro.
 - bb) Grupo Segurável: aquele constituído por pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, assim como, nas hipóteses de contratação de Cláusulas Suplementares, seus cônjuges ou companheiros e filhos dependentes.
 - cc) Natimorto: feto morto dentro do útero.
 - dd) Obrigação: produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
 - ee) Prêmio: valor devido à Seguradora em contraprestação da garantia ao interesse legítimo do segurado quanto aos riscos cobertos pelas coberturas contratadas.
 - ff) Proponente de Proposta de Adesão: pessoa física que propõe sua adesão à contratação coletiva.

- gg) Proponente de Proposta de Contratação: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em proveito de grupo a ela vinculado.
- hh) Proposta de Adesão: documento pelo qual a pessoa física vinculada ao estipulante expressa sua intenção de aderir à contratação coletiva e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições Contratuais.
- ii) 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, em proveito de grupo de pessoas a ele vinculado, uma ou mais coberturas previstas nestas Condições Gerais e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento destas Condições Gerais.
- jj) Regime Financeiro de Repartição Simples: método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período.
- kk) Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos a cargo da Seguradora que visa apurar se a ocorrência de um determinado evento, analisadas suas causas e circunstâncias, está garantida por uma das coberturas contratadas, e, em caso positivo, quantificar o valor do capital segurado devido.
- ll) Risco Decorrido: aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo prestada a garantia pela Seguradora antecipadamente.
- mm) Riscos Excluídos: são riscos não cobertos por este seguro, previstos como tais nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.
- nn) Segurado Principal: pessoa física que mantém vínculo com o estipulante e sobre a qual recaem os riscos garantidos pelas coberturas contratadas.
- oo) Segurados Dependentes: o cônjuge ou companheiro(a) e os filhos dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a legislação da Previdência Social e do Imposto de renda.
- pp) Seguradora: empresa devidamente autorizada a operar seguros e que garante os riscos previstos nas coberturas contratadas.
- qq) Sinistro: ocorrência de risco coberto pelas coberturas contratadas.

4. COBERTURA DO SEGURO

As coberturas possíveis de serem contratadas por este seguro são as seguintes, cujos contornos e características estão descritos nas respectivas Condições Especiais, sendo certo que esta Seguradora apenas garantirá os riscos previstos nas coberturas que forem contratadas pelo Estipulante e que constarão da Proposta de Contratação e do Contrato:

- a) Morte
- b) Indenização Especial por Acidente - IEA
- c) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD

- d) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - ILPD
- e) Morte com Pagamento Antecipado de Invalidez Funcional Permanente Por Doença
- f) Invalidez Permanente Total Por Acidente
- g) Doenças Graves
- h) Doença Terminal
- i) Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença
- j) Perda de Renda por Desemprego Involuntário
- k) Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença
- l) Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente

4.1. Este seguro possibilita ainda a contratação da Cláusula Especial de Distribuição de Excedente Técnico, que prevê a reversão de eventual excedente técnico, na forma estabelecida no texto da referida cláusula.

4.2. O Estipulante deverá informar na Proposta de Contratação quais coberturas pretende contratar.

4.2.1. Somente os sinistros decorrentes das coberturas expressamente contratadas pelo Estipulante estarão amparados por este seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) 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) 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, atos terroristas ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) doenças, acidentes ou lesões preexistentes a adesão ao seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- e) suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos contados da adesão do segurado ao seguro;

- f) **condução ou pilotagem, por parte do Segurado, de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;**
- g) **ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;**
- h) **atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;**
 - a. **nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;**
- i) **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.**

5.2. Além dos riscos acima especificados, estão excluídos também aqueles expressamente mencionados como riscos excluídos nas Condições Especiais das coberturas contratadas pelo Estipulante.

6. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

- 6.1.** A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento por parte da Seguradora da Proposta de Contratação assinada pelo proponente (Estipulante) ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.
- 6.2.** A Proposta de Contratação deverá ser recepcionada pela Seguradora conforme item 6.1, mediante protocolo de recebimento, com indicação de data e hora.
- 6.3.** A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 6.3.1. Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e ou outras informações que julgar necessárias.**
 - 6.3.2. Na hipótese do item 6.3.1., o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 6.3 ficará suspenso, voltando a correr a**

partir da data do recebimento pela Seguradora dos documentos e ou informações adicionais.

6.3.3. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

6.4. Aceita a proposta pela Seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante.

6.5. Em caso de recusa da Proposta de Contratação, o proponente receberá comunicado escrito justificando-a, e os valores eventualmente adiantados para pagamento do prêmio serão devolvidos integralmente, no prazo máximo de 10 dias corridos, a contar da formalização da recusa, com atualização monetária a partir desta data e juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado acima, ambos calculados pro-rata-die até a data da efetiva restituição, conforme cláusula 23, destas Condições Gerais.

7. PROPOSTA DE ADESÃO – INGRESSO NO SEGURO

7.1. Poderão ser incluídos no seguro os integrantes do grupo segurável que preencham as seguintes condições:

- a) estejam em boas condições de saúde;
- b) estejam em plena atividade profissional;
- c) no momento da inclusão, tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais.
- d) os aposentados que se enquadrem nas condições estabelecidas pelas alíneas antecedentes.

7.2. As condições previstas no item 7.1 não se aplicam nas hipóteses de transferências de seguros de outras Seguradoras.

7.3. O seguro poderá ser contratado para obrigações assumidas por pessoas jurídicas de direito privado, devendo ser efetuado sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, desde que atendam as condições previstas no item 7.1 e definidas na Proposta de Contratação.

7.3.1. A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão devidamente assinada pelo Proponente e recepcionada pela Seguradora mediante protocolo de recebimento.

7.3.2. Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta de adesão deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.

- 7.3.3.** Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o capital segurado: - de cada um dos segurados – vigente na data de ocorrência do sinistro.
- 7.3.4.** O percentual de que trata o item anterior (7.3.3.), constará no certificado individual.
- 7.3.5.** Caso o pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.
- 7.4.** A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.
- 7.5. Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e ou outras informações que julgar necessárias.**
- 7.5.1.** Na hipótese do item 7.5, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 7.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora dos documentos e ou informações adicionais.
- 7.6.** Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.
- 7.7.** Aceita a proposta de adesão, a Seguradora disponibilizará ao Estipulante o respectivo Certificado Individual, que será responsável pelo seu envio ao segurado.
- 7.8.** Em caso de recusa Proposta de Adesão, o proponente receberá comunicado escrito justificando-a, e os valores eventualmente adiantados para pagamento do prêmio serão devolvidos integralmente, no prazo máximo de 10 dias corridos, a contar da formalização da recusa, com atualização monetária a partir desta data e juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado acima, ambos calculados pro-rata-die até a data da efetiva restituição, conforme cláusula 23, destas Condições Gerais.
- 7.9.** O índice mínimo de adesão de segurados para o início e manutenção da vigência da apólice será fixado na Proposta de Contratação e no Contrato.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

8.1. Vigência e Renovação da Apólice e do risco Individual

8.1.1.O início e término de vigência da apólice se dará às 24 horas da data expressa na Proposta de Contratação, ou da data de recepção da proposta, se esta for recebida com adiantamento de prêmio.

8.1.2.O prazo de vigência do seguro estará especificado na apólice, no certificado individual, nas propostas de contratação, de adesão e nos endossos, tendo seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.

8.1.3.Quando a obrigação possuir data prevista de término, a vigência do seguro corresponderá ao prazo (data da contratação do seguro até a data prevista para término da obrigação a que está atrelada), sendo as datas de início e término especificadas no certificado individual.

8.1.4.Quando a obrigação perdurar por período indeterminado, os prazos de vigência serão acordados entre as partes.

8.1.5.O término de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice.

8.2. Caso o Credor e o Devedor repactuem o prazo original do contrato, relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada.

8.2.1.Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo da devolução do prêmio excedente, se houver;

8.2.2.Se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará sobre o interesse na extensão da vigência do seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos no item 6.3 para a aceitação do risco.

8.3. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.

8.3.1.A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

8.3.2. Para que haja, na renovação, alteração contratual que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

8.3.3. Não haverá renovação automática a seguros com prazo de vigência inferior a um ano.

8.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. A apólice será cancelada:

- a) por acordo entre a Seguradora e o Estipulante, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado;**
- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;**
- c) pelo atraso no pagamento das parcelas do prêmio, observado o disposto nas cláusulas 17.1.2 e 17.8, destas Condições Gerais;**
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.**

9.1.1. No caso de rescisão 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.

9.1.2. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do estipulante, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 17.1.4.

9.1.3. A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

9.2. As coberturas de um segurado serão canceladas:

- a) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito, a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver;**
- b) pelo atraso no pagamento das parcelas do prêmio, observado o disposto na cláusula 17.1.2 e 17.8, destas Condições Gerais;**

- c) com a extinção antecipada da obrigação, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;
- d) pela ocorrência de sua morte ou pelo recebimento do capital segurado previsto para as coberturas de Invalidez Total e Permanente do Segurado, de Doenças Graves e de Doença Terminal, com a consequente devolução de valores de prêmios eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados conforme cláusula 23, destas Condições Gerais;
- e) automaticamente se o Segurado, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;
- f) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago.

9.2.1. O Segurado está obrigado a comunicar à 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.

9.2.1.1. A 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.

9.2.1.2. 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.

10. CERTIFICADO INDIVIDUAL

10.1. Obrigatoriamente a seguradora deverá emitir e disponibilizar o Certificado Individual do Seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Este plano de seguro possui a modalidade de Capital Segurado Fixo, ou seja, o capital segurado não varia ao longo da vigência do seguro, independentemente das variações que possam ocorrer no valor da obrigação assumida pelo segurado (Devedor) junto ao Credor.

- 11.2.** Os valores dos capitais segurados serão sempre expressos em reais, constarão nos Certificados Individuais do Seguro, e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por cobertura ou conjunto de coberturas, mesmo nos casos em que a obrigação seja em outra moeda.
- 11.3.** Será considerado como um novo seguro qualquer solicitação de aumento no valor do capital segurado (atrelado ao valor da obrigação assumida pelo segurado), ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso, nestas Condições Gerais (Item 7) e nas demais condições contratuais.
- 11.4.** Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for anual, ou o prêmio for pago em parcela única, os capitais segurados devidos por morte ou invalidez deverão ser atualizados pelo índice pactuado no item 23, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do sinistro.
- 11.5.** Não será devida indenização para qualquer parcela da obrigação vencida antes da data do sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.

12. REVISÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

12.1. Os Capitais Segurados serão estabelecidos na Proposta de Contratação e no Contrato, e poderão ser revistos a qualquer momento a pedido do Estipulante, com a revisão proporcional do valor do prêmio. À proposta de alteração dos capitais aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.

12.1.1. Em caso de aumento do Capital Segurado, poderá ser estabelecida nova carência sobre a parcela acrescida do Capital Segurado, ficando a critério da Seguradora dispensá-la.

12.1.2. Nos casos em que a forma do custeio do seguro for contributivo, a alteração do Capital Segurado dependerá de anuência expressa de segurados que representem $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

12.2. As revisões de capitais e prêmios aplicam-se a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a adoção do mesmo critério de revisão previsto para os Segurados ativos.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAIS E PRÊMIOS

13.1. Anualmente, os valores de capitais segurados e prêmios serão monetariamente atualizados com base no índice previsto no item 23.

13.2. Não haverá atualização monetária para seguros com vigência inferior a um ano.

14. INDICAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

14.1. O primeiro beneficiário será sempre o Credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

No caso do capital segurado contratado ser superior ao valor da obrigação, a diferença (entre o capital segurado e o valor da obrigação) será paga ao próprio segurado no caso das Coberturas de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença – ILP, Invalidez Permanente Total Por Acidente, Doenças Graves, Doença Terminal, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, Perda de Renda por Desemprego Involuntário, Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença e Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente, ou ao segundo* beneficiário indicado para as coberturas de Morte, Indenização Especial por Acidente – IEA, Morte com Pagamento Antecipado de Invalidez Funcional Permanente Por Doença.

***No caso de não haver indicação de segundo beneficiário, verificar item 14.4. abaixo.**

14.1.1. O Segurado não poderá retirar o Credor da condição de primeiro beneficiário, na forma do Art. 791, CC.

14.2. O Segurado poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, para o recebimento de eventual saldo remanescente, o(s) Beneficiário(s) que desejar, podendo ainda incluir outros ou substituir as indicações anteriores, ressalvadas as restrições legais.

14.2.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, desde que recebida pela Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.

14.3. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) do saldo remanescente se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

14.4. Não havendo expressa indicação de Beneficiário na ocasião do falecimento do Segurado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado remanescente será pago de acordo com o que estabelece o art. 792, do Código Civil brasileiro.

15. ALTERAÇÃO DO SEGURO

15.1. O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante e proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

15.1.1. À proposta de alteração aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.

15.2. Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita formal e expressamente.

15.3. Qualquer alteração no contrato de seguro em vigor que implique em ônus ou deveres aos Segurados, ou na redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

15.4. A alteração que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados, ou em redução de seus direitos, poderá ser feita por acordo entre Estipulante e Seguradora.

16. CUSTEIO DO SEGURO

16.1. Para fins deste seguro e de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação e no Contrato, o custeio poderá ser:

- a) não contributivo, quando os segurados não contribuem para o pagamento do prêmio;**
- b) contributivo, quando os segurados contribuem, total ou parcialmente, para o pagamento do prêmio.**

16.2. Seja qual for a modalidade de custeio escolhida, o Estipulante será sempre o único responsável, junto à Seguradora, pelo pagamento do prêmio.

16.3. Sendo contributivo o seguro, quando a contribuição do segurado for descontada em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. A periodicidade de pagamento do prêmio deste seguro será convencionada na Proposta de Contratação e no Contrato.

17.1.1. Sendo mensal a forma de pagamento do prêmio, não haverá o seu fracionamento.

17.1.2. Na hipótese de fracionamento, a data de vencimento da última parcela de prêmio não poderá ultrapassar o término da vigência da apólice.

17.1.2.1. O pagamento de prêmio mensal, bimestral, trimestral ou semestral não caracteriza fracionamento de prêmio do seguro.

17.1.3. O não pagamento da primeira parcela na data de seu vencimento implica no cancelamento imediato do contrato.

17.1.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à 1ª (primeira), o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	20	30/365
27	45/365	30	60/365
37	75/365	40	90/365
46	105/365	50	120/365
56	135/365	60	150/365
66	165/365	70	180/365
73	195/365	75	210/365
78	225/365	80	240/365
83	255/365	85	270/365
88	285/365	90	300/365
93	315/365	95	330/365
98	345/365	100	365/365

17.1.4.1. Para percentuais não previstos na tabela do item 17.1.4, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

17.1.5. A Seguradora informará, por escrito, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item antecedente.

- 17.1.6.** Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 17.1.4., ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.
- 17.2.** O pagamento do prêmio deverá ser efetuado nas datas previstas no documento de cobrança.
- 17.3.** Na hipótese do não cumprimento da obrigação de pagamento do prêmio, e havendo prêmio a ser pago por risco decorrido, a Seguradora fica autorizada, independentemente da ocorrência de sinistro, a efetuar a cobrança da parte do prêmio relativo ao risco decorrido, atualizada monetariamente e acrescida de juros de mora, calculados pro-rata-die até o efetivo pagamento, na forma da Cláusula 23, destas Condições Gerais, sendo estes valores incorporados ao capital segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga.
- 17.4.** Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.
- 17.5.** É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora.
- 17.6.** Caso o Estipulante receba juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
- 17.7.** Fica vedada a cobrança de taxa de inscrição ou de intermediação neste seguro.
- 17.7.1.** A falta de pagamento do prêmio até o vencimento não acarretará a suspensão das coberturas, e o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado sobre sua mora, podendo purga-la no prazo estabelecido na notificação.
- 17.8.** O não pagamento no prazo assinalado na notificação acarretará o cancelamento da apólice, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto vigente o seguro.
- 17.9.** Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, observado o disposto no subitem 17.8, acima, acarretará o cancelamento da apólice e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

18. TAXA DE PRÊMIO

18.1. Adotar-se-á a taxa média ou taxa única, que será determinada de acordo com equacionamento técnico do plano para todos os Segurados pelo produto das taxas aplicáveis a cada cobertura contratada ao seu respectivo Capital Segurado.

18.1.1. A taxa média indicada no caput será acrescida dos carregamentos técnicos, impostos e das taxas vigentes.

18.2. A taxa média será calculada no início de vigência da apólice e recalculada anualmente no seu aniversário com base no grupo segurado.

18.2.1. Caso a alteração de taxa implique em ônus aos Segurados deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária.

19. CARÊNCIA E FRANQUIA

19.1. A carência e ou a Franquia, quando houver, serão estabelecidas na Proposta de Contratação e no Contrato, sendo que a carência terá o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual do segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

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

19.1.2. No caso de transferência do Grupo Segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos na apólice anterior.

19.2. A carência poderá ser aplicada a todas ou apenas a algumas das coberturas contratadas.

19.2.1. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de adesão do segurado ao seguro.

20. SINISTROS

20.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através do preenchimento e entrega, mediante

protocolo, do formulário denominado “Aviso de Sinistro”, observadas, ainda, as demais disposições desta cláusula.

20.2. O pagamento de qualquer Capital Segurado decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos básicos abaixo relacionados, além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, e será feito em parcela única, salvo disposição em contrário nas Condições Especiais das coberturas contratadas:

20.2.1. Para qualquer sinistro

20.2.1.1. Documentos do Segurado

- a) cópia da Carteira de Identidade, do CPF ou da Certidão de Nascimento, quando menor de 18 anos, e do comprovante de residência do Segurado.

20.2.1.2. Documentos do Beneficiário Credor

- a) Cópia do Contrato Social atualizado;
- b) Declaração do Credor informando o valor atual do compromisso a ser quitado, demonstrando sua evolução desde a contratação;
- c) Cópia do Contrato e seus aditivos referentes ao compromisso (obrigação) assumida pelo Segurado;
- d) Cópia do Termo de Cessão e transferência de cota, quando houver.

20.2.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

- a) cópia da carteira de Identidade, do CPF ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos, e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s).
- b) cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
- c) cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
- d) em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que

com o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

20.2.2. relatório emitido pelo médico assistente do segurado;

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

20.3. Não respeitado o prazo previsto no subitem 20.2, os valores devidos serão atualizados desde a data do sinistro e acrescidos de juros de mora, conforme cláusula 23, destas Condições Gerais.

20.3.1. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados nesta cláusula, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 20.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

20.4. No caso de divergências sobre a causa, a natureza, o diagnóstico ou a extensão das lesões e ou doença, bem como a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, a 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.

20.4.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela 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 Seguradora.

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

20.4.3. As despesas efetuadas para obtenção dos documentos necessários à comprovação do sinistro correrão por conta do Segurado ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

20.5. Os encargos de tradução dos documentos necessários à liquidação de sinistro relacionado à cobertura que preveja reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão reembolsados

pela Seguradora com base no câmbio oficial de venda na data do efetivo desembolso, atualizado monetariamente.

21. PERDA DO DIREITO AO CAPITAL SEGURADO

21.1. A Seguradora não pagará qualquer capital segurado com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, seu representante, seu corretor de seguros ou Beneficiários:

- a) inobservância da Lei e ou das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;**
- c) agravação intencional do risco objeto das coberturas contratadas;**
- d) não fornecimento da documentação solicitada.**

21.2. Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se o Segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

21.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, 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 do capital segurado, 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, deduzindo, do valor a ser pago, a diferença de prêmio cabível.

22. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. Sem prejuízo das obrigações legais e administrativas bem como das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- I - fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, 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 o definido contratualmente;**
- III - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;**
- IV - repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- V - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
- VI - 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;**
- VII - 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;**
- VIII - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**
- IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**

- X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;**
- XI - 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 caracteres tipográficos maiores ou iguais aos do Estipulante;**
- XII - dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, enviando-lhes cópia integral; e,**
- XIII – não incluir no grupo segurado pessoas que não possuem condição de ingresso na apólice, sob pena de arcar com a responsabilidade deste ato.**

23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA - OBRIGAÇÕES

23.1. A Seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações utilizando-se do Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (IPC/FIPE), com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

23.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

23.1.2. A atualização será feita com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

23.1.3. O não cumprimento das obrigações pela seguradora e segurado ora previstas nestas condições gerais os sujeitarão aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir da mora, mais a atualização monetária prevista na Cláusula 23.1, desde a data do evento.

23.1.4. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

24. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

24.1. O presente seguro cobre todos os sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição contrária contida nas Condições Especiais e ou no Contrato.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

26. TRIBUTOS

26.1. Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a Lei determinar.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Qualquer direito do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

28. FORO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

28.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

28.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS

I - COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s) o recebimento do capital segurado contratado em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal, sem prejuízo do recebimento do capital segurado referente à cobertura por morte, se contratada, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. O conceito de acidente pessoal, para efeito desta cobertura, é o que consta das Condições Gerais da apólice, item 3.1.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
 - a) **doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressaltadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
 - b) **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 Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
 - c) **denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**
 - d) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**
 - e) **viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

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

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

II - COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s) o recebimento do capital segurado contratado em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal, sem prejuízo do recebimento do capital segurado referente à cobertura por morte, se contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. O conceito de acidente pessoal, para efeito desta cobertura, é o que consta das Condições Gerais da apólice, item 3.1.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **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) **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 Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- c) **denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**
- d) **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**
- e) **viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

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

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

III - COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), desde que este o requeira, o pagamento do capital segurado previsto para esta Cobertura, em caso de invalidez funcional total e permanente por doença que cause a perda da existência independente do segurado, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos, destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.4. **A Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será comprovada por relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e sua evolução, detalhando o quadro clínico do segurado, se está totalmente inválido, se teve perda de sua existência independente e se o mesmo tem condições de responder pelos atos da vida civil.**

1.4.1. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.

1.5. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como todas as demais, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

1.6. Realizado o pagamento do Capital Segurado contratado, o Segurado será automaticamente excluído desta Cobertura.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Agravamento mórbido: piora de uma doença.

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

2.3. Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

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

- 2.5. Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. Cardiopatia Grave: Doença do Coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.10. Consumpção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. Dados Antropométricos: peso e altura.
- 2.12. Deambular: Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.
- 2.13. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar em que o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.
- 2.15. Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. Doença Crônica em Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, com ou sem tratamento.
- 2.19. Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.
- 2.21. Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.
- 2.22. Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interajam.
- 2.23. Hígido: saudável.
- 2.24. Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.25. Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

- 2.26. Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.27. Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.28. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.29. Relações Existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.30. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.31. Sequela: qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.32. Transferência Corporal: Capacidade de o Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:
 - a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou

- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), sendo que, para constatação, deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.
- 3.3.1. A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, permite avaliar, por meio de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 3.3.2. A segunda, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

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 AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E/OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E/OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, 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

<p>1° GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
<p>2° GRAU:</p> <p>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).</p>	10
<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO NAS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO NAQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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 HOUE 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 REFRAATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos, 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 abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo.

4.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza a invalidez garantida por esta Cobertura.

4.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

5. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

5.1. As despesas efetuadas para a demonstração da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

6.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data indicada na declaração médica constante do Formulário de Aviso de Sinistro, indicando o início da invalidez.

7. CARÊNCIA

7.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) declaração Médica com informações e registros contendo diagnóstico inicial, evolução e o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 3.1, 3.2 e 3.3 destas Condições Especiais, justificando a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;
- b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;

- d) a avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).
- 8.1.1. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro.
 - 8.1.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.
- 8.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

9. RATIFICAÇÃO

- 9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

IV - COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1.A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), desde que este o requeira, o pagamento do capital segurado contratado previsto para esta Cobertura, em caso de invalidez laborativa total e permanente, consequente exclusivamente de doença do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

1.2.1. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.4.A invalidez laborativa permanente e total por doença deve ser comprovada por meio de declaração médica idônea a essa finalidade, justificando o estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.

1.4.1. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.

1.5.A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.

1.6. Não haverá garantia desta Cobertura para pessoas que não exerçam atividade laborativa.

1.7. Realizado o pagamento do Capital Segurado contratado, o Segurado será automaticamente excluído desta Cobertura.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

2.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data indicada na declaração médica constante do Formulário de Aviso de Sinistro, indicando o início da invalidez.

3. CARÊNCIA

3.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos elencados na Cláusula 5ª, das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta Cobertura os eventos ocorridos em consequência de:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença;
- b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

X - COBERTURA DE MORTE COM PAGAMENTO ANTECIPADO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental, ou em caso de invalidez funcional total e permanente por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, desde que este o requeira, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos, destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
- 1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 1.4. **A Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será comprovada por relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e sua evolução, detalhando o quadro clínico do segurado, se está totalmente inválido, se teve perda de sua existência independente e se o mesmo tem condições de responder pelos atos da vida civil.**
 - 1.4.1. **O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que for necessário para o esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico, sob pena da perda do direito a esta cobertura, caso haja sua recusa.**
- 1.5. **Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença uma antecipação da Cobertura por Morte, pago o Capital estipulado o segurado será, imediata e automaticamente, excluído do seguro.**
 - 1.5.1. Nesta hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 1.6. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como todas as demais, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

2. OBJETIVO DA COBERTURA

- 2.1. Agravo mórbido: piora de uma doença.
- 2.2. Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a

- capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.
- 2.3. Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
 - 2.4. Atividade Laborativa: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
 - 2.5. Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
 - 2.6. Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
 - 2.7. Cardiopatia Grave: Doença do Coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
 - 2.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
 - 2.9. Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
 - 2.10. Consumpção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
 - 2.11. Dados Antropométricos: peso e altura.
 - 2.12. Deambular: Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.
 - 2.13. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar em que o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
 - 2.14. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.
 - 2.15. Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
 - 2.16. Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
 - 2.17. Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
 - 2.18. Doença Crônica em Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, com ou sem tratamento.
 - 2.19. Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
 - 2.20. Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.
 - 2.21. Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.
 - 2.22. Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interajam.

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

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se como risco coberto a morte, natural ou acidental, ou a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de:
 - a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), sendo que, para constatação, deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.
- 3.3.1. A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, permite avaliar, por meio de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 3.3.2. A segunda, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

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 AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E/OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E/OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E/OU TÉCNICO.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO NAS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO NAQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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 HOVE 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 SOBREVIVÊNCIA E/OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos para o caso de invalidez funcional permanente e total por doença, 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 abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;**
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo.**

4.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza a invalidez garantida por esta Cobertura.

4.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

5. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

5.1. As despesas efetuadas para a comprovação da morte ou a demonstração da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade dos beneficiários ou do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

6.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado para o caso de morte, a data da morte.

6.1.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado para o caso de invalidez funcional permanente e total por doença, a data indicada na declaração médica constante do Formulário de Aviso de Sinistro, indicando o início da invalidez.

7. CARÊNCIA

7.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) cópia da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito do Segurado, se for o caso;
- c) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- d) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e) radiografias do Segurado (quando houver);
- f) guia de internação hospitalar (quando houver);
- g) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

8.2. Em caso de morte acidental, incluir os seguintes documentos, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

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

8.3. Em caso de invalidez funcional permanente e total por doença, o Segurado deverá providenciar os documentos básicos descritos nas Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) declaração Médica com informações e registros contendo diagnóstico inicial, evolução e o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 3.1, 3.2 e 3.3 destas Condições Especiais, justificando a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) a avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

8.3.1. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro.

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

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

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

III- COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do segurado, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
 - 1.1.1.** A invalidez total e permanente por acidente caracteriza-se exclusivamente com os seguintes diagnósticos:
 - a) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
 - c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total do uso de um membro superior e de um membro inferior;
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés;
 - h) Alienação mental total e incurável;
 - i) Nefrectomia bilateral.
- 1.2.** **A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.**
- 1.3.** **A Seguradora reserva-se o direito de consultar, livremente e a seu critério, especialistas para comprovar a invalidez e seu grau, obrigando-se o Segurado a submeter-se ao exame desses especialistas.**
- 1.4.** **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 1.5.** **Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.**
- 1.6.** **A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.**
- 1.7.** **Os danos estéticos não dão direito ao recebimento do capital segurado por Invalidez Permanente Total Por Acidente.**
- 1.8.** **As Coberturas de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma importância por Invalidez Permanente Total por Acidente sobrevier a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da importância a ser paga o valor já recebido pelo Segurado.**
- 1.9.** **Realizado o pagamento do Capital Segurado contratado, o Segurado será automaticamente excluído desta Cobertura.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os afastamentos decorrentes de:

- a) 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) 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 Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
- d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
- e) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto e vigente na data do evento.

3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) radiografias do Segurado (quando houver);
- c) guia de Internação Hospitalar (quando houver);

- d) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
 - e) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de exame de Corpo Delito;
 - f) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;
 - g) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - h) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
 - i) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro;
- 4.2.** em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

5. RATIFICAÇÃO

- 5.1.** Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

IV - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1.A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, caso o segurado apresente, na vigência do seguro, diagnóstico de uma das doenças graves listadas no subitem seguinte, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições abaixo especificadas:

1.2.1. qualquer doença cardiológica (Arterial, Muscular ou Valvular) que cause desconforto, dores precordiais, fadiga, palpitações e falta de ar, mesmo em repouso, que incapacite o segurado para qualquer atividade física, sem evolução com tratamento médicos convencionais, em que a classe funcional corresponda aos níveis III e IV, conforme abaixo:

- a) Classe I: atividade física comum não ocasiona fadiga, dispneia, palpitação ou angina;
- b) Classe II: não há sintomas em repouso, mas a atividade física comum leva o indivíduo a apresentar dispneia, fadiga, palpitação ou angina;
- c) Classe III: não há sintomas em repouso, mas a atividade física mínima, menor que a habitual, produz sintomas de dispneia, fadiga, palpitação ou angina;
- d) Classe IV: há dispneia, fadiga, palpitação ou angina em repouso, que pioram ainda mais com o esforço.

1.2.2. Doença renal crônica e irreversível que necessite de tratamento com diálise constante, mesmo após realização de transplante renal.

1.2.3. Doença neoplásica maligna que apresente complicações e intercorrências graves, caracterizadas por compressões tumorais ou metástases à distância, e que o torne o segurado incapaz do exercício de qualquer atividade física.

1.2.4. Doenças neurológicas severas e irreversíveis com sequelas motoras e cognitivas que impeçam o segurado de exercer qualquer atividade, tornando-o dependente de terceiros para o próprio autossustento.

1.3. O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados comprobatórios da doença.

1.4. Realizado o pagamento do Capital Segurado contratado, o Segurado será automaticamente excluído desta Cobertura.

2. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

- 2.1. Esta Cobertura pode ser contratada como antecipação total ou parcial da Cobertura por Morte, quando contratada, ou com Capital Segurado próprio.
- 2.2. Na hipótese de contratação na forma de antecipação total ou parcial da Cobertura por Morte, esta Cobertura garante ao Segurado, mediante requerimento, o pagamento correspondente a um percentual do Capital Segurado previsto para a Cobertura por Morte, limitado ao valor constante no Contrato.
 - 2.2.1. **No caso de antecipação total do Capital Segurado da Garantia por Morte, o segurado será automaticamente excluído do seguro.**
 - 2.2.2. **No caso de antecipação parcial do Capital Segurado da Garantia por Morte, em havendo o reconhecimento, por parte da Seguradora, do direito do(s) Beneficiário(s) ao Capital Segurado relativo à Cobertura por Morte, o pagamento dessa Cobertura será efetuado descontando-se o valor já pago em razão desta Cobertura.**
- 2.3. Na hipótese de contratação na forma de Capital Segurado próprio, esta Cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado sem qualquer reflexo na cobertura básica.
- 2.4. **Não haverá pagamento do Capital Segurado referente a esta cobertura se o diagnóstico da doença, assim como o aviso de sinistro, ocorrer após o falecimento do Segurado.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura quaisquer doenças não previstas no item 1.2, acima, segundo os critérios nele definidos.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
 - 4.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico da doença grave.

5. CARÊNCIA

- 5.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 6.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- a) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença grave, os tratamentos realizados e a evolução da doença;

7. RATIFICAÇÃO

- 7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

V - COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do Capital Segurado previsto para a Cobertura de Morte, caso o segurado venha a ser considerado portador de doença em fase terminal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.

1.1.1. Considera-se portador de doença em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de sobrevida não superior a 6 (seis) meses.

1.2. **O diagnóstico da doença, bem como a indicação do período de expectativa de vida do Segurado deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados comprobatórios da doença.**

1.3. **Por ser esta Cobertura uma antecipação total do Capital Segurado da Garantia por Morte, quando contratada, pago o capital segurado estipulado o segurado será automaticamente excluído do seguro.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

2.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do diagnóstico da doença terminal, tal como definida no subitem 1.1.1., destas Condições Especiais.

3. CARÊNCIA

3.1. **Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.**

5. SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- b) relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença, sua evolução, os tratamentos realizados e qual a expectativa de morte do segurado;
- c) cópias de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico da doença até a entrega da documentação;

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XII - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1.A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento de diárias, pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, seja a incapacidade causada por doença ou por acidente pessoal, **exceto se decorrente de risco excluído e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.1.1. A impossibilidade de exercer sua profissão ou ocupação deve ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de laudo e ou declaração médica idônea a essa finalidade. Além dos documentos listados no item 7, abaixo.

1.2. O número máximo de diárias a que se obriga esta seguradora será fixado na Proposta de Contratação e no Contrato.

1.3. Após um evento de diárias por Incapacidade Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a sua atividade laborativa principal.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos constantes da Cláusula 5ª das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os afastamentos decorrentes de:

- a) gravidez, parto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente coberto;**
- b) anomalias congênitas;**
- c) hérnia discal, exceto quando decorrente de tratamento cirúrgico e acidente coberto;**
- d) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
- e) tratamento para obesidade;**
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g) doenças mentais, quaisquer que sejam suas espécies e causas;**
- h) aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente coberto;**
- i) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;**
- e,**
- j) cirurgia para esterilização.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância contratada, a ser paga por diária de afastamento em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

3.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais.

3.2. O pagamento das diárias devidas será feito mensalmente, sendo o primeiro pagamento realizado dentro de 30 (trinta) dias do aviso de sinistro.

3.3. A Diária de Incapacidade tem também como objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo segurado, no caso de afastamento do trabalho, conforme definido na Cláusula 1 destas Condições Especiais, e de acordo com os parâmetros definidos no Contrato.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual do segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

4.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

5. FRANQUIA

5.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade física temporária do Segurado que o impeça de realizar a sua atividade laborativa principal. As parcelas vencidas no período de franquia não terão cobertura. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

6.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta Cobertura é o território brasileiro.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

a) **cópia do laudo de 1º atendimento médico hospitalar;**

- b) **cópia do laudo emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), se houver;**
- c) **cópia do boletim de ocorrência policial, se houver;**
- d) **cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico, se houver;**
- e) **cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;**
- f) **relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto para o afastamento;**
- g) **cópias de todos os laudos de exames realizados.**

7.1.1. Para segurados com vínculo empregatício, acrescem-se os seguintes documentos:

- h) **laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social;**
- i) **documento comprobatório do recebimento do Auxílio-Doença;**
- j) **cópia da Carteira de Trabalho (CTPS);**
- k) **cópia da Ficha de Registro de Empregado, completa e atualizada;**
- l) **cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir).**

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XIII - COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, caso o segurado tenha seu contrato de trabalho, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho, rescindido por iniciativa do Empregador, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.2. Somente poderão ser incluídos os integrantes que tenham entre as idades mínima e máxima definidas no contrato, na data de contratação do seguro, que comprovarem um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto com o mesmo empregador, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.
- 1.3. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos relacionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos ocorridos em consequência de:

2.1.1. Em caso de perda de renda por desemprego involuntário:

- a) abandono ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- d) demissão por exoneração de cargo;
- e) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;
- f) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- g) falência do empregador;
- h) campanhas de demissões em massa, caracterizada no caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e,
- i) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- j) acordo entre empregado e empregador.

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

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

3.1. A cobertura de Perda de Renda por desemprego involuntário abrange eventos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual do segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

5. FRANQUIA

5.1. É de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual, contados a partir da data efetiva de desligamento do Segurado junto ao empregador. As parcelas vencidas no período de franquia não terão cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, sendo o valor contratado especificado nas condições contratuais/proposta de contratação.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data efetiva de desligamento do segurado, comprovada mediante cópia da CTPS (página “Anotações gerais”), independente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como as abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) **cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco; para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a 30 (trinta) dias da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia;**
- b) **cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias;**
- c) **autorização de Movimentação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);**
- d) **via marrom do requerimento do Seguro Desemprego com carimbo e CNPJ da empresa. Caso o Segurado tenha optado em receber o Seguro Desemprego, este documento deve estar protocolado pela**

Caixa Econômica Federal ou pelo Ministério do Trabalho (cópia autenticada); e

e) cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.

7.2. Quando a indenização for parcelada, o segurado deverá apresentar documentação probatória a condição de desempregado para ter direito a indenização, conforme limite de valor e quantidades de parcelas estabelecidas nas condições contratuais.

7.2.1. Se não ocorrer a comprovação da condição de desempregado em até 30 dias contados do último pagamento, a cobertura será automaticamente cancelada.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver a data de emissão mais antiga.

8.2. Sinistros subsequentes ao primeiro apenas terão cobertura se ocorridos após 12 (doze) meses daquele que o antecedeu.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura cessará:

- a) simultânea e obrigatoriamente no cancelamento;**
- b) com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização;**
- c) com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;**
- d) quando o segurado voltar a condição de empregado.**

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.**A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2.** Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período.
- 1.3.** Somente poderão ser incluídos os integrantes que tenham entre as idades mínima e máxima definidas no contrato, na data de contratação do seguro, e os que contarem com um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho liberal ou autônomo.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1.** Além dos riscos excluídos relacionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
- 2.2.** Em caso de perda de renda por incapacidade temporária, estão expressamente excluídos desta cobertura as perdas de renda decorrentes de:
 - a) hospitalização para a realização de exames de rotina;
 - b) gravidez e suas consequências;
 - c) ratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
 - d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - e) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
 - f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - g) doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes; e
 - h) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.
 - i) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente; e
 - j) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).
- 2.3.** Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os profissionais da economia informal que não sejam profissionais

liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

3.1. A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente e Doença abrange eventos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual do segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

4.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

5. FRANQUIA

5.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade física temporária do Segurado que o impeça de realizar a sua atividade laborativa principal. As parcelas vencidas no período de franquia não terão cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, sendo a quantidade de parcelas e/ou o valor contratados especificados nas condições contratuais/proposta de contratação.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente ou do início da doença, devidamente comprovados por laudo médico, para os profissionais liberais ou autônomos.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como as abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

7.2. Para Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:

- a) relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);

- c) cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:
 - última declaração do Imposto de Renda;
 - recibo de pagamento autônomo;
 - carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
- d) comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
- g) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- h) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).

7.3. Quando a indenização for parcelada, o segurado deverá apresentar documentação probatória a condição de desempregado para ter direito a indenização, conforme limite de valor e quantidades de parcelas estabelecidas nas condições contratuais.

7.3.1. Se não ocorrer a comprovação da condição de desempregado em até 30 dias contados do último pagamento, a cobertura será automaticamente cancelada.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver a data de emissão mais antiga.

8.2. Sinistros subsequentes ao primeiro apenas terão cobertura se ocorridos após 12 (doze) meses daquele que o antecedeu.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura cessará:

- a) **simultânea e obrigatoriamente no cancelamento;**
- b) **com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização.**

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XIV - COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente, durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período.
- 1.3. Somente poderão ser incluídos os integrantes que tenham entre as idades mínima e máxima definidas no contrato, na data de contratação do seguro, e os que contarem com um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho liberal ou autônomo.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos relacionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
 - a) **hospitalização para a realização de exames de rotina;**
 - b) **gravidez e suas consequências;**
 - c) **tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
 - d) **cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
 - e) **tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
 - f) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
 - g) **doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes; e**
 - h) **distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.**
 - i) **afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente; e**
 - j) **lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).**
- 2.2. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

3.1. A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente abrange eventos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

4. CARÊNCIA

4.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá Carência.

5. FRANQUIA

5.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade física temporária do Segurado que o impeça de realizar a sua atividade laborativa principal. As parcelas vencidas no período de franquia não terão cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, sendo a quantidade de parcelas e/ou o valor contratados especificados nas condições contratuais/proposta de contratação.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente ou do início da doença, devidamente comprovados por laudo médico, para os profissionais liberais ou autônomos.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 20.2, das Condições Gerais, bem como as abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

7.1.1. Para Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente:

- a) relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);
- c) cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:
 - última declaração do Imposto de Renda;
 - recibo de pagamento autônomo;
 - carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
- d) comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou

- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
- g) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- h) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).

7.2. Quando a indenização for parcelada, o segurado deverá apresentar documentação probatória a condição de desempregado para ter direito a indenização, conforme limite de valor e quantidades de parcelas estabelecidas nas condições contratuais.

7.2.1. Se não ocorrer a comprovação da condição de desempregado em até 30 dias contados do último pagamento, a cobertura será automaticamente cancelada.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver a data de emissão mais antiga.

8.2. Sinistros subsequentes ao primeiro apenas terão cobertura se ocorridos após 12 (doze) meses daquele que o antecedeu.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura cessará:

- a) simultânea e obrigatoriamente no cancelamento;
- b) com o acionamento de um evento de sinistro, e desde que haja o pagamento de indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

XVI – CONDIÇÃO ESPECIAL PARA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. OBJETIVO

1.1. Quando contratada, esta Cláusula Especial garante a distribuição de excedente técnico por ventura existente, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

2. CRITÉRIOS

2.1. Será distribuído, como excedente técnico, um percentual do saldo positivo da apólice, livremente pactuado e constante do Contrato firmado entre as partes.

2.2. A distribuição se fará após o término da vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados da quitação da última parcela de prêmio, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

3. APURAÇÃO DE RESULTADO

3.1. Consideram-se como receitas e despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

3.1.1. Receitas:

- 3.1.1.1. prêmios de competência correspondente ao período de vigência da apólice efetivamente pagos;
- 3.1.1.2. estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- 3.1.1.3. valores de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) do período de vigência anterior;
- 3.1.1.4. recuperação de sinistros do(s) ressegurador(es).

3.1.2. Despesas:

- 3.1.2.1. as comissões de corretagem pagas durante o período;
- 3.1.2.2. as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- 3.1.2.3. as comissões de agenciamento pagas durante o período;
- 3.1.2.4. prêmios de resseguro;
- 3.1.2.5. valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;
- 3.1.2.6. alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
- 3.1.2.7. valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os

prêmios ou sinistros de competência do período, conforme acordado com o estipulante;

3.1.2.8. saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;

3.1.2.9. despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.

3.2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

a) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;

b) o aviso à seguradora, para os sinistros;

c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;

d) das datas em que incorreram, para as despesas de administração.

3.3. Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

3.4. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser respectivamente proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato.

3.4.1. A importância destinada aos segurados será entregue ao Estipulante, a quem incumbe o repasse com os respectivos demonstrativos das apurações.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas por esta Cláusula Especial.