

CONDIÇÕES GERAIS

PLANO INDIVIDUAL PRESTAMISTA BILHETE
PROCESSO SUSEP
15414.900401/2016-42

SEGURO PRESTAMISTA BILHETE CAPITAL VARIÁVEL

Condições Gerais e Especiais

Versão 11_2023

Razão Social: HDI Seguros do Brasil S.A. (nova denominação social da Somp Consumer Seguradora S.A., em fase de homologação pela SUSEP)

Endereço: Avenida das Nações Unidas, nº 14.261, Conj. 2301A, Ala A, Cond. WT Morumbi, Vila Gertrudes, CEP 04794-000

CNPJ: 49.786.401/0001-08

www.sompoauto.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 – SAC: 0800 77 19 719

Ouvidoria: 0800 77 32 527 - Disque Denúncia: 0800 015 31 56

Deficientes Auditivos ou de Fala: formulário disponível em
www.sompoauto.com.br/atendimento/sac

ÍNDICE GERAL DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO SOMPO AUTO PRESTAMISTA BILHETE

1.	OBJETIVO DO SEGURO	3
2.	DEFINIÇÕES	3
3.	COBERTURAS.....	5
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	6
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS.....	7
6.	CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....	7
7.	PROVA DO SEGURO	8
8.	DO DIREITO DE ARREPENDIMENTO POR PARTE DO SEGURADO	8
9.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	8
10.	FRANQUIA E CARÊNCIA.....	9
11.	CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	9
12.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.....	10
13.	CRITÉRIO DA TAXA E DO PRÊMIO	11
14.	BENEFICIÁRIOS.....	11
15.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	11
16.	OCORRÊNCIA DE SINISTROS	13
17.	RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	14
18.	JUNTA MÉDICA.....	14
19.	PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	14
20.	SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DO BILHETE DE SEGURO.....	15
21.	PRESCRIÇÃO	16
22.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	16
23.	FORO CONTRATUAL.....	17

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar, total ou parcialmente, dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao credor, **limitado ao prazo e capital segurado contratados**, caso o Segurado venha sofrer um dos eventos cobertos previstos no Bilhete, observadas estas Condições Gerais e demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente, total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Agravamento de Risco: toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance da ocorrência do sinistro.

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

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

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à Seguradora assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário(s): pessoa natural ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro..

Boa-fé: no contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que devem ter o Segurado e a SOMPO AUTO, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

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

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: valor máximo, para a cobertura contratada, a ser pago pela SOMPO AUTO na ocorrência do sinistro coberto.

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

Coberturas: diversas garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, definidas nas Condições Especiais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente do Bilhete de Seguro.

Cobertura de Risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas Condições Gerais e Condições Especiais.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto das cláusulas que tem aplicação geral a determinado plano de seguro e estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Corretor de Seguros: pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou pelo seu representante legal junto à Seguradora.

Credor: aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido

Data do Evento: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas na Apólice.

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

Dano Moral: Toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. **O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas deste seguro.**

Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

Doenças ou Lesões preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela SOMPO AUTO por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.

Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais do Bilhete de seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual a Seguradora está isenta de responsabilidade sobre indenização.

Indenização: pagamento efetuado pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do Bilhete de seguro.

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

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da Seguradora.

Meios Remotos: Aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, incluindo mas não se limitando à rede mundial de computadores, à telefonia, à televisão a cabo ou digital, aos sistemas de comunicação por satélite.

Obrigação: dívida 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.

Período Intermitente de Cobertura: período de cobertura fixado de forma descontinuada, a partir de critérios determinados nas condições contratuais, que estabelecem sua interrupção e reinício, bem como inclusão ou exclusão de cobertura dos riscos.

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

Prescrição: Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

Processo SUSEP: é o número de registro deste Produto na SUSEP.

Proponente: pessoa natural ou jurídica interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados após a ocorrência de um sinistro e respectivo aviso para apuração de suas causas e demais circunstâncias envolvidas, com a finalidade de verificar a caracterização de evento e seu enquadramento no seguro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

Saldo Devedor: é o valor das parcelas vincendas da operação realizada pelo Segurado junto a Instituição Credora, trazido a valor presente na data do sinistro.

Seguradora: empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no Bilhete de seguro.

Segurado: pessoa natural sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Sinistro: ocorrência de risco coberto durante o período de vigência do Bilhete de Seguro.

Vigência do Bilhete de Seguro: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, cujo período estará fixado no bilhete.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela Seguradora e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais:

- Morte
- Morte Acidental
- Invalidez Permanente Total por Acidente
- Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença
- Perda de Renda por Desemprego Involuntário
- Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente
- Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença
- Assistência Funeral
- Auxílio Funeral
- Auxílio Cesta Básica

3.2. O Segurado terá direito exclusivamente às coberturas efetivamente contratadas e constantes do Bilhete, onde constarão os limites máximos indenizáveis e o prêmio respectivo por cobertura, não havendo, sob nenhuma hipótese, direito a qualquer outra cobertura constante destas Condições que não estejam ratificadas no Bilhete.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos das coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;**
- b) direta ou indireta de ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.**
- c) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, “lock-out”, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;**
- d) qualquer tipo de doença mental (quadros que envolvam patologia de origem psiquiátrica e psicológica);**
- e) tratamentos médicos relacionados à hemofilia ou diálise crônica;**
- f) eventos provocados por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;**
- g) de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do seguro;**
- h) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar,**
- i) danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;**
- j) 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;**
- k) 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, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;

- l) da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- m) de acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes;
- n) de acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto;
- o) danos morais e/ou estéticos;
- p) quaisquer tipos de perda e danos, Lucros Cessantes, interrupção de renda e pensionamento;
- q) toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do cliente, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má fé;
- r) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;
- s) hérnias e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- t) gravidez, parto, aborto e quaisquer complicações decorrentes da gravidez, do parto ou de aborto, exceto quando decorrentes diretamente de acidente pessoal coberto.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial, **exceto para as coberturas de perda de renda, que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território brasileiro.**

6. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

6.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

6.2. O presente seguro será contratado mediante **Bilhete de Seguro, emitido no momento da contratação após solicitação do Proponente**, de seu representante legal ou por meio de corretor habilitado, que pode ocorrer das seguintes formas:

- a) presencialmente, por manifestação verbal, realizada de forma incontestável e cuja comprovação caberá à Seguradora;
- b) por meios remotos, mediante acesso por login e senha ou por certificado digital, que deverão ser cadastrados pelo proponente ou seu representante legal em ambiente seguro, ou, ainda, por identificação biométrica.

6.3. Em caso de contratação por meio remoto, será observado que:

- a) a Seguradora deverá enviar e garantir o recebimento pelo proponente dos protocolos obrigatórios e das demais informações previstas na regulamentação em vigor, pelo meio utilizado na contratação ou por outro disponibilizado pela Seguradora e autorizado pelo proponente.
- b) Quando intermediada por Corretor, a contratação implicará no fornecimento de login e senhas individualizadas para o Corretor e para o Proponente.

- c) O Segurado poderá imprimir o Bilhete ou solicitar, a qualquer tempo, sua versão física verbalmente ou por meio remoto à Seguradora;
 - d) A emissão de bilhetes com a utilização de meios remotos deverá observar os procedimentos efetuados sob a hierarquia da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICP-Brasil) ou outra Autoridade Certificadora Raiz cuja infraestrutura seja equivalente à PKI (Public Key Infrastructure), com identificação de data e hora de envio.
- 6.4.** Não será admitida a contratação para dois ou mais responsáveis pela mesma obrigação financeira neste produto.

7. PROVA DO SEGURO

7.1. No ato da contratação, o Segurado receberá um Bilhete de Seguro, com as informações essenciais do seguro contratado.

7.2. A confirmação de quitação do pagamento à vista ou da primeira parcela, por registro da transação financeira presencial ou enviada pela Seguradora quando da utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação do plano de seguro.

7.3. O Segurado deverá comunicar à Seguradora se houver mudança de endereço e meios de comunicação informados no ato da contratação, inclusive na contratação por meio remoto, para manter seu cadastro atualizado.

7.3.1. A ausência de atualização cadastral por parte do Segurado isentará a Seguradora de eventuais responsabilidades, caso as comunicações relativas ao seguro tenham sido encaminhadas para o endereço originalmente informado.

8. DO DIREITO DE ARREPENDIMENTO POR PARTE DO SEGURADO

8.1. O Segurado poderá desistir do seguro contratado, no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da contratação ou do efetivo pagamento do prêmio, o que ocorrer por último. Para manifestar o arrependimento, o Segurado deverá preencher e assinar formulário específico disponibilizado no sítio eletrônico da Seguradora ou elaborar documento de próprio punho, entregando-o ao seu corretor de seguros, Representante de vendas ou em uma das agências da Seguradora, podendo valer-se do mesmo meio utilizado para a contratação ou outros meios disponibilizados pela Seguradora.

8.2. A Seguradora, seu representante ou o corretor de seguros, conforme o procedimento de entrega, fornecerá ao proponente a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

8.3. No caso de arrependimento, a Seguradora providenciará a devolução imediata e integral do valor do prêmio eventualmente pago.

8.4. Em caso de atraso pela Seguradora, caracterizado pelo não pagamento da devolução devida no prazo acima, além da atualização monetária terá(ão) seu(s) valor(es) acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. A Vigência do seguro corresponderá ao prazo da obrigação ou compromisso ao qual esteja vinculado, cujo período será definido no Bilhete de Seguro.

- 9.2. O início de Vigência é contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio e o seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado como final no Bilhete de seguro.
- 9.3. Caso o contrato de crédito não tenha data de encerramento definida, como, por exemplo, os contratos de cartão de crédito, a vigência do seguro será acordada entre as partes, podendo ser de prazo curto, anual ou plurianual, e constará do Bilhete de Seguro.
- 9.4. A cobertura de seguro poderá ser intermitente, ou seja, poderá ser interrompida em meio à vigência, de acordo com os prazos e condições definidos no bilhete, exclusivamente pela falta do risco a ser coberto, como, por exemplo, quando da ausência de dívida ou saldo devedor na fatura do cartão de crédito do segurado, sendo que, neste caso, não haverá, em nenhuma hipótese, cobrança de prêmio referente ao período em que não houve cobertura.
- 9.4.1. A cobertura de seguro interrompida nos termos do item 9.4. será retomada quando houver cobrança de prêmio e consequente compromisso financeiro a garantir, sem prejuízo das demais condições estabelecidas no bilhete e nas demais condições contratuais.
- 9.4.2. Havendo interrupção da cobertura em meio à vigência, serão interrompidos, conseqüentemente, os prazos de contagem de carência, quando houver.
- 9.4.3. Não caberá o ajustamento do prazo de vigência, quando houver aplicação da intermitência estabelecida no bilhete.
- 9.5. Nas situações em que houver renegociação da dívida, com consequente repactuação do prazo original do contrato, este será considerado como novo contrato para fins de seguro, havendo a necessidade de contratação de novo Bilhete, de acordo com as regras constante do item 6 destas Condições.
- 9.5.1. **A repactuação ou renegociação mencionada no item 9.4 deverá ser formalmente comunicada à Seguradora, para que o prêmio de seguro referente ao contrato original seja ajustado e para que seja feita a devolução do prêmio referente à vigência não cumprida, quando couber.**
- 9.5.2. **A falta de comunicação sobre eventual renegociação desobriga a Seguradora da devolução do prêmio descrita no item 9.5.1, sendo considerada a vigência como cumprida.**
- 9.6. **A quitação antecipada da obrigação ou do compromisso assumido pelo Segurado deve ser formalmente comunicada à Seguradora, para que esta efetue o cálculo e a devolução do prêmio pago referente à vigência a decorrer.**
- 9.7. **A Seguradora fica isenta da responsabilidade na devolução do prêmio e na garantia de coberturas do seguro caso não seja avisada sobre a extinção antecipada do contrato de financiamento.**
- 9.8. **Este seguro é por prazo determinado, não podendo ser renovado.**

10. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 10.1. A Seguradora pode estabelecer Carência ou Franquia para determinadas Coberturas, as quais deverão ser expressamente indicadas no Bilhete de Seguro e nas Condições Contratuais.
- 10.2. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência individual.

11. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

11.1. Para fins deste seguro, é estabelecida a modalidade de capital segurado variável, cujo valor é imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro, modalidade esta que estará descrita no Bilhete de Seguro, juntamente com a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, de acordo com as Condições Contratuais do seguro.

11.2. Os capitais segurados destinam-se exclusivamente ao pagamento de saldos devedores das dívidas contraídas ou compromissos assumidos pelo segurado, total ou parcialmente, e acompanharão a variação do contrato de financiamento sobre o qual o seguro tenha sido contratado, durante o período de vigência deste, respeitados os valores máximos de indenização contratados.

11.3. O cálculo dos capitais segurados na data do evento coberto será feito com base na composição dos saldos devedores trazidos a valor presente e, quando houver, somando-se aos emolumentos e taxas devidamente discriminados, levando-se em consideração a natureza da obrigação ou compromisso, incluindo, mas não se limitando, às operações de Crédito Direto ao Consumidor, para financiamento de bens de consumo, de Crédito Pessoal, para concessão de valores em espécie, de Cartão de Crédito e Cheque Especial, com limites para utilização pré-estabelecidos.

11.4. Os aumentos de limites de crédito e repactuações de dívidas são considerados como novos contratos e estão sujeitas às condições de aceitação estabelecidas nas Condições Contratuais para ingresso no seguro.

11.5. Não serão incluídos no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas antes da data do sinistro e não pagas (inclusive multas e juros), assim como despesas efetuadas em data posterior à data da ocorrência do sinistro.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS E RECÁLCULO DE VALORES

12.1. Para efeito de atualização monetária, quando aplicável, será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA / IBGE.

12.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o índice que vier a substituí-lo.

12.3. Em caso de devolução de prêmio, os valores devidos pela Seguradora estão sujeitos à atualização monetária:

- a) a partir da data de recebimento do prêmio, em caso de recebimento de prêmio indevido por parte da Seguradora;
- b) a partir da data de solicitação, em caso de cancelamento do Bilhete por iniciativa do Segurado;
- c) a partir da data do cancelamento, em caso de cancelamento do Bilhete por iniciativa da Seguradora.

12.3.1. A Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base *pro rata* dia, até a data do cancelamento, e devolverá a diferença ao Segurado.

12.3.2. Neste caso, o valor devido a título de devolução de prêmio será pago no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos e sujeita-se à atualização monetária conforme disposto no item 12.1 destas Condições Gerais.

12.3.3. Em caso de atraso pela Seguradora, caracterizado pelo não pagamento da devolução devida no prazo acima, sobre o valor já atualizado da devolução incidirão multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

12.4. Caso o pagamento da indenização não seja efetuado no prazo estabelecido no item 16.2 da cláusula 16. OCORRÊNCIA DE SINISTROS destas Condições Gerais, o valor da mesma será atualizado de acordo com o estabelecido nos itens 16.5, 16.6 e 16.7 da referida cláusula, a partir do 1º dia posterior ao término do prazo de 30 dias, até a data do efetivo pagamento.

12.5. Os capitais segurados não sofrerão atualização monetária no decorrer da vigência do Bilhete.

12.6. Mensalmente, durante a vigência do seguro, os capitais segurados constantes no Bilhete serão recalculados para apuração do valor atualizado da obrigação à qual o seguro esteja vinculado.

13. CRITÉRIO DA TAXA E DO PRÊMIO

13.1. Serão taxas por plano, que serão determinadas de acordo com equacionamento técnico de cada plano comercializado, sendo que se determina o prêmio através da multiplicação das taxas pelos capitais contratados para cada Cobertura.

13.2. A taxa final será calculada no início de vigência do Bilhete de Seguro e será acrescida dos carregamentos técnicos e de impostos.

14. BENEFICIÁRIOS

14.1. O primeiro beneficiário de todas as coberturas deste seguro será o credor, a quem deverá ser paga a indenização, até o 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.

14.2. A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao beneficiário conforme legislação vigente.

14.3. Os beneficiários, se houver, serão devidamente identificados no bilhete.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. O pagamento do prêmio poderá ser realizado à vista, mensalmente, bimestralmente, trimestralmente, quadrimestralmente, semestralmente ou anualmente, conforme acordado entre as partes e especificado no Bilhete, o que não caracterizará fracionamento do pagamento de prêmio do seguro e cada pagamento irá corresponder, proporcionalmente, ao período de cobertura.

15.2. A periodicidade de pagamento do prêmio deste seguro será convencionada no Bilhete.

15.3. O pagamento do prêmio deverá ser efetuado nas datas previstas no documento de cobrança.

- 15.3.1.** Caso o prêmio de seguro seja parcelado, sobre a parcela não haverá cobrança de valor adicional a título de custo de fracionamento.
- 15.3.2.** Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a SOMPO AUTO obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.
- 15.3.3.** Ocorrendo a inadimplência definitiva no pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira, o período de vigência da cobertura será ajustado na base *pro rata temporis* de acordo com o prêmio efetivamente pago, e comunicado expressamente ao Segurado.
- 15.3.4.** Sendo estabelecida a interrupção de vigência nos termos do item 9.4. destas Condições, não poderá haver cobrança de prêmio de seguro. Caso a intermitência seja estabelecida no bilhete e ocorra recolhimento indevido sem que haja saldo devedor, o prêmio deverá ser devolvido ao Segurado.
- 15.3.5.** Na hipótese de interrupção da cobertura por intermitência, não podem ser consideradas para fins de apuração de saldo devedor as despesas com juros e multas de saldos anteriores, débitos de taxas e outras despesas não relacionadas ao compromisso financeiro objeto do seguro.
- 15.4.** A cobrança do prêmio será feita na forma acordada entre as partes, como débito em conta corrente, cartão de débito ou de crédito, boleto ou outras formas admitidas em lei, sendo avisada com antecedência mínima de 5(cinco) dias da data de vencimento e devendo ocorrer até esta data.
- 15.5.** 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 em que houver expediente bancário.
- 15.6.** O(s) prêmio(s) do seguro pago(s) em atraso, além da atualização monetária, terá(ão) seu(s) valor(es) acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% ao mês, calculados pró-rata-die.
- 15.7.** No caso de recebimento indevido de prêmio, além da atualização monetária, os valores serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento), além de juros moratórios equivalentes a 1% (um por cento) ao mês, a partir da data de recebimento do prêmio.
- 15.8.** Em caso de ocorrência de sinistro no período concedido ao Segurado para pagamento do prêmio à vista ou de cada parcela, o direito à indenização não será prejudicado.
- 15.9.** Caso o Segurado não regularize o pagamento de parcela do prêmio em atraso, posterior à primeira, no prazo de até 90 (noventa) dias a contar de seu vencimento, o Seguro será automaticamente cancelado.
- 15.10.** Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do Bilhete, as parcelas do prêmio a vencer serão deduzidas do valor da indenização.
- 15.11.** O não pagamento à vista ou da primeira parcela do prêmio de seguro até a data do vencimento acarreta no cancelamento automático do Bilhete.
- 15.12.** O Bilhete pago à vista com financiamento obtido junto a instituição financeira não pode ser cancelado, caso o Segurado deixe de pagar o financiamento.
- 15.13.** No caso de contratação por meio remoto, a Seguradora enviará as informações sobre vencimentos das parcelas, atrasos e confirmação de pagamento pelo meio escolhido pelo Segurado. A confirmação de quitação do pagamento à vista ou da primeira parcela enviada pela

Seguradora com a utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação do plano.

15.14. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

16. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

16.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, Carta Registrada ou outro meio de comunicação disponibilizado dirigida à Seguradora, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

16.1.1. A comunicação feita por qualquer meio não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora.

16.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do sinistro e pagamento do Capital Segurado eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 18 e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.

16.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 17. **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO** e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 16.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela Seguradora dos documentos e informações complementares.

16.4. Não respeitado o prazo previsto no subitem 16.2 desta Cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 16.5 e 16.6 desta Cláusula.

16.5. A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 1% (um por cento) ao mês, calculado pro rata die a partir do 1º dia posterior ao término do prazo de 30 dias, até a data do efetivo pagamento.

16.6. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 12.4 destas Condições Gerais, a partir da data do evento.

16.7. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.

16.8. O pagamento das indenizações será feito sob a forma de parcela única, salvo se houver determinação contrária nos termos das condições especiais das coberturas contratadas.

16.9. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários serão de responsabilidade do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

16.10. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

16.11. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

16.12. A indenização será paga pela Seguradora diretamente ao credor, sob a expressa condição de que este faça a quitação ou amortização da dívida ou compromisso assumido, pelo

prazo contratado previsto no contrato.

17. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

17.1. Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) dos documentos básicos abaixo indicados, além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

17.1.1. Formulários disponibilizados pela Seguradora e devidamente preenchidos em todos os seus campos:

- a) Formulário de aviso de sinistro;
- b) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, que comprove o vínculo com o credor da dívida ou compromisso assumido, devidamente registrada, assinada e datada por ambas as partes;
- c) Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pela Instituição Credora.

17.1.2. Documentos do Segurado (cópias autenticadas):

- a) Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor (es) de 18 anos;
- b) CPF do segurado;
- c) Comprovante de residência do Segurado.

17.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s):

- a) Cópia de Contrato social
- b) Cópia autenticada de comprovante de Endereço
- c) Extrato de saldo de dívida ou comprovante de compromisso devidamente assinado e datado por ambas as partes.

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

18. JUNTA MÉDICA

18.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura securitária, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente no Bilhete do Seguro, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados.

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

18.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão rateados de forma igualitária entre o Segurado e a Seguradora.

19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Segurado, seu Representante ou seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir

circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do Prêmio, além de estar, o Segurado, obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

19.1.1. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- cancelar o seguro, podendo reter, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, podendo reter, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar 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.

c) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, que acarreta no cancelamento do seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

19.2. A Seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros:

a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas condições;

b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;

c) agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

19.3. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se for provado que silenciou de má-fé. Recebido o aviso de agravação do Risco, sem culpa do Segurado, a Seguradora poderá:

a) no prazo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento do aviso, cancelar o Bilhete de Seguro, dando ciência de sua decisão, por escrito, ao Segurado, ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada. O cancelamento do Bilhete de Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída

a diferença do Prêmio pela Seguradora, calculada proporcionalmente ao período do Risco a decorrer;

b) propor a continuidade do contrato e cobrar a diferença do Prêmio cabível.

20. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DO BILHETE DE SEGURO

20.1. Caso o prêmio de seguro seja parcelado e qualquer parcela posterior à primeira não seja paga até a data de vencimento, a cobertura do seguro será suspensa a partir das 24

(vinte e quatro) horas desta data, sendo que, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

20.1.1. Havendo a suspensão prevista no item anterior, caso o Segurado volte a pagar as parcelas dentro de até 90 (noventa) dias contados da data do vencimento da primeira parcela não paga, a cobertura poderá ser reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio.

20.1.2. Os prêmios vencidos no período de suspensão por falta de pagamento não serão cobrados por referirem-se a períodos em que não houve cobertura. Caso haja recolhimento indevido, os prêmios serão devolvidos ao Segurado.

20.1.3. Nos seguros cuja cobrança do prêmio seja posterior ao período da cobertura, a reabilitação ocorrerá com o pagamento das parcelas referentes ao período em que houve cobertura, antes que se iniciasse a suspensão.

20.2. Decorrido o prazo de 90 (noventa) dias da data de vencimento sem que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.

20.3. A ausência do pagamento de prêmio nos termos do item 9.4 destas Condições, cuja interrupção deverá estar prevista no bilhete, não impacta na contagem de prazo para cancelamento do bilhete.

20.4. O seguro será cancelado ou rescindido nas seguintes situações:

- a) **No prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data de emissão do Bilhete, em caso de desistência da contratação por parte do Segurado;**
- b) **A qualquer tempo, após os 7 (sete) dias da data da emissão do Bilhete, mediante solicitação expressa do Segurado, sendo que para os casos de prêmios pagos em parcela única ou em parcelas antecipadas, a Seguradora devolverá ao Segurado a parte do prêmio comercial recebido proporcional ao tempo não decorrido (na base pro rata dia), a contar da data do cancelamento;**
- c) **por falta de pagamento prêmio nos prazos acordados;**
- d) **com o pagamento da indenização de qualquer cobertura do seguro;**
- e) **quando houver extinção da obrigação ou compromisso financeiro;**
- f) **no final da vigência do bilhete de seguro.**
- g) **pelo descumprimento das obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos do item 19 – PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.**

20.5. Durante a vigência o Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. PRESCRIÇÃO

Qualquer pretensão do Segurado com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. 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.

22.2. 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 dispuserem estas Condições Gerais.

22.3. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros e da sociedade seguradora no site www.susep.gov.br.

23. FORO CONTRATUAL

Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Desde que contratada a cobertura de morte, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, definidos nas condições contratuais do seguro, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições gerais do seguro prestamista - bilhete de seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no Bilhete de Seguro.

3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

3.3. **Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. **Para esta cobertura será estabelecido prazo de carência de 30 dias para casos de morte em decorrência de causas naturais, contados a partir do início de vigência do seguro. Para o caso de suicídio ou sua tentativa, o prazo de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de início de vigência do seguro, e respeitadas as regulamentações vigentes.**

4.2. Não há franquia para esta cobertura.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16. OCORRÊNCIA DE SINISTRO destas Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO destas Condições Gerais, bem como:

5.1.1. Em caso de morte natural, necessários também os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas 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. Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- d. Radiografias do Segurado (quando houver);
- e. Guia de internação hospitalar (quando houver);

- 5.1.2.** Em caso de ocorrência de morte em razão de acidente, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:
- a. Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que 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 necroscópico;
 - c. Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
 - d. Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - e. Cópia do Laudo de Exame Necroscópico;
 - f. Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1.** Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte Acidental.
- 6.2.** Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.
- 6.3.** As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Desde que contratada a cobertura de morte acidental, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite a amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, em caso de falecimento do segurado, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Morte Acidental:

- a. quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b. os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
- c. contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;
- d. a prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e
- e. viagens em aeronaves ou embarcações:
 - i. que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - ii. que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - iii. dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no Bilhete de Seguro.

3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

3.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Para esta cobertura não é previsto carência e/ou franquia temporal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o prazo de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou adesão ao seguro, ou sua recondução depois de suspenso.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO destas Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo

que, no caso de envio de cópias, essas 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
- f. laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame Necroscópico;
- 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 Necroscópico;
- j. Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte.

6.2. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.3. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Desde que contratada a cobertura de invalidez permanente total por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do Bilhete de Seguro.

1.2. Entende-se por Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos por lesão física do segurado, estabelecidas conforme a tabela a seguir, comprovadas através de declaração médica de profissional habilitado e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, estão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

- a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;
- c) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;

- que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
- d) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
- e) os acidentes médicos;
- f) perturbações mentais, nervosas e emocionais;
- g) as lesões classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, Problemas Auditivos e outros;
- h) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores;
- i) perda de dentes ou danos estéticos.

3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

3.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.2. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas a comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no Bilhete de seguro.

4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

4.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

Para esta cobertura não é previsto carência e/ou franquia temporal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o prazo de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou adesão ao seguro, ou sua recondução depois de suspenso.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16. OCORRÊNCIA DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das mencionadas Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- b) cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- c) exame de corpo de delito, quando indicado;
- d) laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;

7. DISPOSIÇÃO FINAL

7.1. Os casos não previstos na TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, constante no item 1.2 destas condições especiais, serão pagos com base em literatura mundial.

7.2. Esta cobertura não prevê reintegração de capital segurado.

7.3. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.4. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada a cobertura autônoma de invalidez funcional permanente e total por doença, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais do seguro, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos definidos nas Cláusulas 2 - CONCEITOS e 7 – COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA destas Condições Especiais, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais deste seguro.

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 comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados nesta condição especial.

2. CONCEITOS

2.1. Para que haja direito a esta Cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

2.2. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:

- 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.
- 2.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante da Cláusula 7. **COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA** destas Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 4. **RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes 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 indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e
 - c. a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.
- 3.2. 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, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 3.3. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Bilhete, vigente na data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

4.2. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, indicada na cláusula 6.4 desta condição.

4.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Para esta cobertura será estabelecido prazo de carência de 30 (trinta) dias, contados a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de início de vigência do seguro.

5.2. Não haverá franquia para esta cobertura.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17 - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das referidas Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da **data exata** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos subitens 2.2 e 2.3 destas Condições Especiais e que justifique 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) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

6.2. É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

6.3. 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.

6.4. 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 a qualquer tempo.

7. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA

7.1. A Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

7.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

- 7.3.** O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.
- 7.3.1.** A primeira é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que permite avaliar, por meio de escalas, com 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.
- 7.3.2.** A segunda é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJÚZO 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 ESTRUTURAS 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

	<p>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.</p>	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º 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.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER 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>3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

7.4. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

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

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao Beneficiário.

8.2. **Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por desemprego involuntário, durante a vigência do Bilhete de seguro, observados as condições a seguir enumeradas.

1.2. Como “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

1.3. **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possam contratar obrigação junto ao credor, com idade mínima e máxima definidas no contrato, na data da contratação do seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, ou por mais de um empregador com intervalos máximos de 30 dias entre os registros, além de jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:

- a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
- e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) falência ou liquidação extrajudicial;
- g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- i) dívidas assumidas no período de aviso prévio.

2.2. 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. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês que o segurado permanecer desempregado, sendo que o valor e a quantidade das parcelas mensais do compromisso financeiro a serem indenizadas, deverão estar especificados no Bilhete de Seguros.

3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

3.3. Esta cobertura poderá ser acionada uma única vez durante a vigência do Bilhete de seguro.

3.4. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

4. CARÊNCIA

4.1. A carência será de 30 (trinta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista.

4.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

4.3. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

5. FRANQUIA

A franquia será de 30 (trinta) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais do seguro prestamista.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Em caso de sinistro, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 16. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das referidas Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas 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;
- b. para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquia, estabelecido no contrato, da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia;
- c. cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

6.2. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

6.2.1. Se a indenização prever o pagamento de 2 (duas) ou mais parcelas, o pagamento destas serão efetuados mensalmente, observado o período da franquia e o limite estabelecido por parcela, após a comprovação de que o Segurado permanece desempregado.

6.2.2. Exclusivamente a seu critério e desde que definido no Bilhete, a Seguradora poderá estabelecer o pagamento da indenização por desemprego em períodos diferentes, somando mensalidades relativas à quantidade de parcelas de indenização, observado o limite fixado e as demais Condições Contratuais, desde que não ocorra a admissão em um novo emprego, fato que deve ser imediatamente comunicado pelo Segurado à Seguradora.

6.2.3. Se houver admissão em novo emprego antes da quitação da última parcela da

indenização e o período no novo emprego for inferior a 30 (trinta) dias, será considerado o pagamento integral da mensalidade de seguro referente a este mês.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR
ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente, durante a vigência do contrato de seguro, observada as condições a seguir enumeradas.

1.2. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados e contratar obrigação junto ao credor, que tenham idade mínima e máxima conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- c) prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;
- d) hospitalização para a realização de exames de rotina;
- e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela Bilhete de seguro vigente; e
- k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

2.1.1. 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. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês, durante o período em que o segurado permanecer incapaz, sendo que o valor e a quantidade de parcelas mensais de financiamento ou do compromisso financeiro assumido a serem indenizados, deverão ser especificados nas condições contratuais do Bilhete de Seguro.

3.2. Esta cobertura poderá ser acionada uma única vez durante a vigência do Bilhete de seguro.

3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

3.4. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

4. CARÊNCIA

Para esta cobertura não é previsto carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o prazo de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou adesão ao seguro, ou sua recondução depois de suspenso.

5. FRANQUIA

A franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das referidas Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- 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:
 - i. última declaração do Imposto de Renda;
 - ii. recibo de pagamento autônomo;
 - iii. 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)** inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de

fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

7. PERÍCIA MÉDICA

7.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

7.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto

aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, durante a vigência do Bilhete de seguro, observada as condições a seguir enumeradas.

1.2. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.3. **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possam contratar obrigação junto ao credor, tenham idade mínima e máxima conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 4. **RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste seguro, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os eventos ocorridos em consequência de:

- a. incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- b. ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- c. prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;
- d. hospitalização para a realização de exames de rotina;
- e. tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- f. cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- g. tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- h. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i. distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- j. afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela Bilhete de seguro vigente; e
- k. lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

2.1.1. 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. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês, durante o período em que o segurado permanecer incapaz, sendo que o valor e a quantidade de parcelas mensais de financiamento a serem indenizados, deverão ser especificados nas condições contratuais do seguro.

3.2. Esta cobertura poderá ser acionada uma única vez durante a vigência do Bilhete de seguro

3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

3.4. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

4. CARÊNCIA

4.1. A carência será de 30 (trinta) dias ininterruptos para causas naturais, conforme especificado nas condições contratuais do Bilhete de seguro prestamista.

4.2. No caso de suicídio ou sua tentativa, o prazo de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou adesão ao seguro, ou sua recondução depois de suspenso.

4.3. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

4.4. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

5. FRANQUIA

A franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16. OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 17. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das mencionadas Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- 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:
 - i.** última declaração do Imposto de Renda;
 - ii.** recibo de pagamento autônomo;

- iii. 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) inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

7. PERÍCIA MÉDICA

7.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

7.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os

custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante, em caso de morte do segurado, o reembolso das despesas realizadas com o funeral ou a prestação de serviço de assistência, até o valor do capital segurado contratado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
- 1.1.1. A Seguradora efetuará o reembolso das despesas com o funeral, mediante o envio de documentos comprobatórios dos gastos realizados pelo responsável do dispêndio, até o limite do Capital Segurado contratado.
- 1.1.2. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1. Em substituição ao reembolso, poderá haver opção pela prestação de serviços de assistência funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, e se as despesas realizadas pelo prestador de serviço forem inferiores ao Capital Segurado, a diferença será paga aos Beneficiários indicados.
- 2.2. A prestação dos serviços de sepultamento ou cremação será feita exclusivamente no território nacional (onde existir esse serviço) e engloba os seguintes itens, exclusivamente:
- a) **Envio de um representante credenciado, além do fornecimento do livro de registro de presença;**
 - b) **cerimônia fúnebre, abrangendo exclusivamente os itens abaixo:**
 - c) **preparação do corpo para acomodação em urna;**
 - d) **caixão/urna funerária feita em madeira maciça, com ornamentos laterais e face superior, alças e chavetas douradas, forração em tecido, apoio para cabeça, visor e babados e sobre babados;**
 - e) **véu ou manto mortuário, quando necessário;**
 - f) **enfeite floral e coroas de flores;**
 - g) **capela mortuária ou velório;**
 - h) **aparelho de ozona;**
 - i) **mesa de condolências ou câmara ardente, incluindo castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família;**
 - j) **carro funerário para enterro dentro do município de moradia habitual do segurado;**
 - k) **sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;**
 - l) **pagamento de taxa de sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;**
 - m) **providência no sentido de levar o óbito a registro, suportando os ônus decorrentes deste serviço;**

- n) indicação de locação de um jazigo, dependendo da disponibilidade do local, por um período de até 3 (três) anos contados da data do falecimento, no caso em que a família do “de cujus” não dispuser de local para o sepultamento.
- o) traslado e/ou repatriamento de corpo, onde o prestador de serviço tratará das formalidades a serem cumpridas no local do falecimento, garantindo o pagamento das despesas de transporte desde o local de óbito e/ou preparação do corpo até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de urna funerária para o transporte terrestre, ou de urna específica (zincada) necessária para traslados aéreos, quando o falecimento ocorrer fora do município de moradia habitual do segurado.

1. No que se refere ao traslado e/ou repatriamento do corpo, o prestador de serviço providenciará a remoção do corpo de qualquer lugar do mundo somente para o sepultamento ou cremação no município de moradia habitual do segurado no Brasil.

2.2.1. Os serviços de assistência serão prestados a partir do momento em que o corpo do falecido segurado estiver liberado pelas autoridades, sem que haja obstáculo material, policial ou judicial que impeça o traslado e/ou repatriamento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. CARÊNCIA

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

6.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território global.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Se a cobertura for utilizada na forma de indenização, os documentos básicos necessários estão relacionados nas Condições Gerais do seguro.

7.2. Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados nas Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:

a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado.

7.3. Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados nas Condições Gerais do seguro.

7.4. Para todos os beneficiários desta cobertura, utilizada na forma de reembolso de despesas realizadas com o funeral do segurado, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

7.4.1. Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

7.4.2. Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da Certidão de Nascimento;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

7.4.3. Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

- a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

- 7.5.** O pagamento de indenização por esta Cobertura de Assistência Funeral não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

8. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais**.
- 1.2. Esta Cobertura pode ser contratada como antecipação parcial da Cobertura por Morte, quando contratada, ou com Capital Segurado próprio.
 - 1.2.1. Na hipótese de contratação na forma de antecipação parcial da Cobertura por Morte, esta Cobertura garante ao(s) Beneficiário(s), mediante requerimento, o pagamento correspondente a um percentual do Capital Segurado previsto para a Cobertura por Morte, limitado ao valor constante no Contrato, caso o Segurado venha a falecer.
 - 1.2.1.1. Por se tratar de antecipação parcial do capital segurado previsto para a Cobertura 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.
 - 1.2.2. Na hipótese de contratação na forma de Capital Segurado próprio, esta Cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

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 da morte.

4. CARÊNCIA

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

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro devem ser apresentados os documentos elencados nas Condições Gerais.
- 5.2. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

6. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

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 contratado a título de Auxílio Cesta Básica, **exceto se a morte do segurado for decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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 da morte do segurado.

4. CARÊNCIA

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

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

5.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território brasileiro.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Para todos os beneficiários do segurado nesta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

6.1.2 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;

- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

6.1.3. Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da Certidão de Nascimento;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

6.1.4. Se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

- a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

6.2 O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

7. RATIFICAÇÃO

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