



Prezado Segurado,

Você acaba de contratar o Yasuda Prestamista, um seguro que oferece proteção e segurança para sua empresa.

Como produto da **Yasuda Seguros S.A.**, você conta com a garantia de uma empresa que atua no mercado brasileiro desde 1959 e também com o suporte de sua matriz no Japão, a Sompo Japan Insurance Inc., que possui mais de um século de experiência, situando-se entre as maiores Seguradoras do mundo.

A marca Yasuda hoje é reconhecida internacionalmente por sua qualidade e solidez, pois carrega uma tradição secular de bom atendimento e respeito aos seus clientes.

PARA
SIMPLES
CONSULTA



CANAIS DE ATENDIMENTO YASUDA SEGUROS

Central de Atendimento

Capitais e Regiões Metropolitanas – 3004 7050

Demais Localidades – 0800 77 50 700

Deficientes Auditivos - 08000 16 10 60

SAC (Informações, Cancelamentos e Reclamações) - 0800 77 60 700

Ouvidoria Yasuda - 0800 777 0102 | ouvidoria@yasuda.com.br

A ouvidoria da Yasuda Seguros é um canal de atendimento independente, com o objetivo de analisar situações já registradas em nossa Central de Atendimento com resposta considerada insatisfatória.

Direcionado a segurados, terceiros e corretores, é possível registrar sugestões, críticas ou reclamações através desse canal.

Após análise, o retorno será dado em um prazo de até 15 dias a contar da data do recebimento da manifestação.



CONDIÇÕES GERAIS PARA SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

YASUDA PRESTAMISTA

1. Objetivo do Seguro

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do saldo devedor do segurador, até o limite contratado, ao estipulante ou ao titular do crédito, de acordo com as coberturas contratadas, respeitadas todas as cláusulas contratuais do seguro.

2. Definições

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurador ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 2.1.

2.2. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

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

2.4. **Capital segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

2.5. **Certificado individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da



alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Contém a identificação do segurado, as coberturas contratadas, os valores dos capitais segurados de cada cobertura, prêmio e a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado.

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

2.7. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

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

2.9. **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, entre as quais as particularidades operacionais, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.

2.10. **Corretor de Seguros:** intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

2.11. **Endosso:** documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o estipulante.



2.12. **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio. O estipulante não representa a seguradora perante o grupo segurado, e é o único responsável, para com a seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

2.13. **Excedente técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

2.14. **Grupo segurável:** é a totalidade das pessoas físicas que, através de contrato específico, tenha contraído dívida com o estipulante e que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

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

2.16. **Indenização:** o valor a ser pago pela seguradora em caso de ocorrência de sinistro, limitado ao capital segurado da garantia contratada.

2.17. **Índice para atualização de valores:** é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações pecuniárias contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (IPC/FIPE). No caso de sua extinção, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou outro índice que vier a substituí-lo.



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

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

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

2.21. **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou em aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.22. **Proposta de adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.23. **Proposta de contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, estipulante pessoa física ou jurídica, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.24. **Regime financeiro:** estrutura financeira do seguro que determina se os capitais segurados são pagáveis de uma única vez e/ou sob a forma de renda.

2.25. **Riscos excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.



2.26. **Segurado:** pessoa física que mantém vínculo com o estipulante, sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.27. **Seguradora:** Yasuda Seguros S.A., empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

2.28. **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

2.29. **Vigência:** período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.

3. **Garantias do Seguro**

As coberturas do seguro dividem-se em básica, de contratação obrigatória, e adicionais, de contratação opcional, além de cláusulas suplementares, de contratação opcional.

3.1. **Cobertura Básica de Morte:**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental, devidamente coberta e respeitadas todas as cláusulas contratuais do seguro.

3.2. **Coberturas adicionais:**

Este seguro pode contemplar, opcionalmente, as seguintes coberturas adicionais, obedecidas as conjugações permitidas, que serão especificadas em condições especiais, no contrato e no certificado, **se contratadas:**

- a) Cobertura Adicional de Invalidez Permanente e Total por Acidente (IPTA);
- b) Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG);

- c) Cobertura Adicional de Doença em Fase Terminal (DT);
- d) Cobertura Adicional de Reembolso ou Assistência Funeral;
- e) Cobertura Adicional de Auxílio Funeral;
- f) Cobertura Adicional de Auxílio Cesta Básica (CB);
- g) Cobertura Adicional de Perda de Emprego;
- h) Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária.

3.3. Cláusulas suplementares:

Este seguro pode contemplar, opcionalmente, a seguinte cláusula adicional, que será especificada em condições especiais, no contrato e no certificado, **se contratada**:

- a) Reversão de Excedente Técnico.

3.4. No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. Riscos Excluídos

4.1. Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas**



decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão individual;

d) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

e) suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro;

f) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, por sócios controladores, dirigentes e administradores do estipulante pessoa jurídica ou pelos respectivos representantes.

4.2. Observadas as coberturas contratadas, estão também excluídos os seguintes riscos e suas consequências, decorrentes de acidente pessoal:

a) ocorrido em consequência de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

b) ocorrido em consequência de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. Âmbito Geográfico das Coberturas do Seguro

5.1. As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.



6. Contratação

6.1. A contratação do seguro será efetivada por meio de preenchimento de proposta de contratação, datada e assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

6.1.1. A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.2. A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura (ou coberturas), além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.

6.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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

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

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

6.5. Em caso de não aceitação da proposta de contratação, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.



6.6. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial de prêmio, tal valor será restituído ao proponente, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa. Após este prazo, o valor será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17., a partir da data da formalização da recusa.

6.6.1. Neste caso, o proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

6.7. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 6.4., caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

6.8. A contratação será celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com os segurados e beneficiários.

6.9. No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante.

7. Aceitação e Inclusão

7.1. A adesão à apólice do seguro pelos proponentes será efetivada por meio de preenchimento de proposta de adesão, datada e assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

7.1.1. A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.



7.2. A proposta de contratação conterá cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro.

7.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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

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

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

7.5. Em caso de não aceitação da proposta de adesão, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.

7.6. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial de prêmio, tal valor será restituído ao proponente, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa. Após este prazo, o valor será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17., a partir da data da formalização da recusa.



7.6.1. Neste caso, o proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.7. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 7.4., caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

7.8. A inclusão de cada proponente dar-se-á com a aceitação pela seguradora da respectiva proposta de adesão e consequente adesão ao contrato.

7.9. No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, será emitido e enviado certificado individual aos segurados, para confirmação da adesão, no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

7.9.1. O certificado individual conterá os seguintes elementos mínimos:

- a) identificação do segurado;
- b) data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado;
- c) capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado; e
- d) prêmio.

8. Vigência e Renovação da Apólice

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

8.2. O início de vigência do seguro será a data de aceitação da proposta pela seguradora ou outra data, estabelecida nas condições contratuais expressamente acordadas, no caso de a proposta ter sido recebida sem pagamento de prêmio.



8.3. O início de vigência do seguro será a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, no caso de a proposta ter sido recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

8.4. Salvo especificação distinta pactuada nas condições contratuais, o período de vigência da apólice é de 1 (um) ano, tendo seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal fim na apólice.

8.5. A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se o estipulante ou a seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

8.6. As renovações para os demais períodos de vigência serão realizadas de forma expressa e poderão ser feitas pelo estipulante, desde que não impliquem em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos.

8.7. Na renovação, qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

8.8. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, comunicará aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

9. Vigência do Certificado Individual

9.1. O início de vigência do certificado individual será a data de aceitação da proposta pela seguradora ou outra data, estabelecida nas condições contratuais expressamente acordadas, no caso de a proposta ter sido recebida sem pagamento de prêmio.



9.2. O início de vigência do certificado individual será a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, no caso de a proposta ter sido recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

9.3. A vigência do cobertura individual tem seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal fim no certificado individual.

9.4. O final de vigência especificado no certificado individual não ultrapassará, em qualquer hipótese, o final de vigência da apólice.

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

10. Custeio do Seguro

10.1. O custeio do seguro, definido no contrato, será:

10.1.1. Contributário: quando houver participação, total ou parcial, dos segurados no pagamento dos prêmios individuais.

10.1.2. Não contributário: quando os prêmios individuais dos segurados forem pagos totalmente pelo estipulante.

11. Capital Segurado

11.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na cobertura Básica de Morte, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.



11.2. Para efeito de determinação do capital segurado, nas coberturas adicionais, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data definida na respectiva condição especial.

11.3. Os capitais segurados são definidos de acordo com as condições contratadas pelo estipulante, podendo ser fixos ou variáveis.

11.3.1. O capital segurado fixo é constante durante toda a vigência do contrato de seguro e limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso contraído.

11.3.2. O capital segurado variável corresponde ao saldo devedor, ou seja, ao estado atual da dívida ou do compromisso contraído, na data do sinistro.

11.4. Para cada grupo segurado pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos.

12. Alteração do Capital Segurado

12.1. Os capitais de cada segurado poderão ser alterados mediante solicitação expressa do estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.

12.2. A aceitação das alterações de capitais segurados estará sujeita à análise do risco.

12.3. O contrato poderá estabelecer ainda a adoção de cláusula de recálculo do capital segurado, segundo fatores objetivos, devidamente expressos.

12.3.1. A cláusula de recálculo estabelecerá, de forma objetiva, a periodicidade utilizada para o recálculo dos valores, prevendo a adequação dos valores do capital segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores decorrentes dos fatores objetivos pactuados, em consonância com o seguro contratado.



12.4. Qualquer alteração da apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

12.5. No caso de algum capital segurado individual ultrapassar o limite originalmente estabelecido na apólice, o endosso de alteração será emitido e enviado ao estipulante.

12.6. No caso de a alteração ser aceita pela seguradora, será emitido e enviado certificado individual ao segurado, para confirmação da alteração.

13. Beneficiários

13.1. São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência da morte do segurado.

13.1.1. Em caso de morte, invalidez permanente e total por acidente, doença grave, doença terminal ou perda de emprego ou perda de renda por incapacidade temporária do segurado, o 1º (primeiro) beneficiário será sempre o estipulante, até o limite do valor do saldo devedor da dívida ou do compromisso existente, na data do sinistro.

13.1.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao estipulante e o valor do capital segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) beneficiário(s), indicado(s) pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

13.1.3. É válida a instituição do companheiro como beneficiário do saldo remanescente, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.



13.2. Se o segurado não renunciar à faculdade de designar seus beneficiários para recebimento do saldo remanescente, poderá, a qualquer tempo, alterar seus beneficiários do saldo remanescente, mediante comunicação expressa à seguradora.

13.2.1. Se a seguradora não for cientificada oportunamente da alteração, antes do pagamento da indenização, serão considerados os antigos beneficiários do saldo remanescente.

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

13.4. Nas seguintes coberturas, o(s) primeiro(s) beneficiário(s) será(ão) aquele(s) indicado(s) pelo segurado ou seus herdeiros legais:

- a) Cobertura Adicional de Auxílio Funeral;
- b) Cobertura Adicional de Auxílio Cesta Básica (CB);

13.5. Na Cobertura Adicional de Reembolso ou Assistência Funeral o(s) beneficiário(s) será (ão) aquele(s) que custeou (aram) o funeral do segurado, até o valor do capital contratado, caso a cobertura não seja utilizada na forma de prestação de serviço.

14. Pagamento de Prêmio

14.1. É obrigação do estipulante, independente da forma de custeio do seguro, recolher e repassar o prêmio de todos os segurados à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.

14.2. É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio de seguro, de qualquer valor que exceda o calculado pela seguradora, destinado ao custeio do seguro.



14.3. Quando junto com o prêmio o estipulante recolher do segurado outros valores, a qualquer título, é obrigatório destacá-los no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro.

14.4. A periodicidade de custeio do prêmio do seguro será mensal, salvo especificação distinta pactuada no contrato.

14.5. Custeio Mensal:

14.5.1. Na forma de custeio mensal do seguro não haverá fracionamento do prêmio.

14.5.2. O pagamento do prêmio mensal será feito à seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disposto nas condições contratuais.

14.5.3. No caso de seguro com custeio contributivo, a cobrança do prêmio mensal será efetuada por meio de documento emitido pela seguradora e enviado diretamente ao segurado, seu representante legal ou corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

14.5.4. A data limite para o pagamento do prêmio mensal estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.

14.5.4.1. Se a data limite para o pagamento do prêmio mensal coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

14.5.5. O não pagamento do prêmio até a data limite estabelecida no item 14.5.4. não acarretará a suspensão imediata do seguro, havendo tolerância de até 90 (noventa) dias a partir dessa data para regularização do pagamento.



14.5.6. Durante o período de inadimplência, contado a partir da data limite estabelecida no item 14.5.4., e limitado a 90 (noventa) dias, o estipulante (ou seu representante legal ou corretor de seguros), será expressamente notificado para regularização do pagamento.

14.5.7. Ao prêmio pago em atraso serão acrescidos juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária, considerando o índice para atualização de valores previsto no item 2.17., calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

14.6. Custeio com periodicidade superior a um mês:

14.6.1. Na forma de custeio do seguro com periodicidade superior a um mês, o prêmio poderá ser fracionado, sem valor adicional de custo administrativo de fracionamento, somente de juros pactuados.

14.6.2. No seguro com prêmio fracionado, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

14.6.3. A data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.

14.6.3.1. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

14.6.4. A falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela implicará o cancelamento imediato do seguro.

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

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

14.6.5.1. Para percentuais não previstos na tabela do item 14.6.5., deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

14.6.6. A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item 14.6.5.

14.6.7. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de

vigência da cobertura referido no item 14.6.5., ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

14.6.8. Ao prêmio pago em atraso serão acrescidos juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária, considerando o índice para atualização de valores previsto no item 2.17., calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

15. Atualização Monetária de Capitais Segurados e de Prêmios

15.1. Nos seguros contratados com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano, não haverá atualização monetária de valores de capitais segurados e de prêmios. Entretanto, para os casos de capital segurado/prêmio fixo, se o seguro com vigência anual for renovado automaticamente, tais valores serão monetariamente atualizados, com base no índice para atualização de valores previsto no item 2.17.

15.2. Nos seguros contratados com vigência superior a 1 (um) ano, para os casos de capital segurado/prêmio fixo, haverá atualização monetária anual dos valores de capitais segurados e de prêmios, na data de aniversário da contratação, com base no índice para atualização de valores previsto no item 2.17.

15.2.1. Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados, pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados monetariamente pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

15.3. Quando houver pagamento de prêmio único, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

15.4. As atualizações de capitais segurados e de prêmios se aplicarão a todos os segurados ativos.



16. Recálculo

16.1. Para os casos de capital segurado/prêmio variável de acordo com saldo devedor, haverá recálculo dos valores de capital segurado e prêmios, com periodicidade definida no contrato, de modo a adequar os valores do capital segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores da dívida adquirida.

17. Reavaliação e reajuste de Taxas e Prêmios

17.1. Na renovação do seguro ou na data de aniversário da contratação do seguro, as taxas serão reavaliadas em função das idades dos segurados ou da idade média atuarial e da sinistralidade do grupo segurado, podendo ser aplicado reajuste das taxas e prêmios para todo o grupo segurado.

17.2. A comunicação, pela seguradora, do eventual reajuste de taxas e prêmios do seguro será realizada de forma expressa ao estipulante, seu representante legal ou ao corretor de seguros.

17.3. Qualquer alteração de taxas de seguro que implique em ônus aos segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

18. Carência

18.1. Neste seguro poderão ser aplicadas carências, durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de indenização.

18.2. As carências deverão ser fixadas na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão.



18.3. O limite máximo que o seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 2 (dois) anos, contado a partir do início de vigência da cobertura individual. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado de seguro.

18.4. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro.

18.5. No caso de transferência de grupo segurado de outra seguradora, não será iniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

19. Cessação da cobertura individual

19.1. A cobertura de cada segurado cessará:

- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;**
- b) Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, ou, nos seguros contratados por pessoas jurídicas, de os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes, agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, quando dar-se-  automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade.**

19.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessará, ainda:



- a) Com a morte do segurado;
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- c) Quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

20. Perda de Direitos

20.1. A seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do segurado, seus prepostos, beneficiários, representantes legais ou corretor de seguros:

- a) agravamento intencional do risco, por parte do segurado;
- b) declarações inexatas ou omissão de circunstâncias que possam influir ou ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando ainda o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

20.2. Se a inexatidão ou omissão nas declarações a que se refere a letra b) do item 19.1. não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou



b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

20.3. O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

20.3.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

20.3.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

21. Alteração contratual

21.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do estipulante ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

21.2. Qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.



21.3. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

22. Cancelamento do Seguro

22.1. Na forma de custeio mensal do seguro, decorridos 90 (noventa) dias contados da data limite estabelecida no item 14.5.4., sem que o prêmio tenha sido pago, o seguro será cancelado, sem restituição de prêmios anteriores já pagos, e sem prejuízo à cobrança de prêmios vencidos, relativos a períodos em que houve a cobertura.

22.1.1. No caso de haver parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, será considerada a 1ª (primeira) parcela em atraso para fins de determinação do período de inadimplência a que se refere o item 14.5.6., independente de parcelas posteriores pagas.

22.2. Na forma de custeio do seguro com periodicidade superior a um mês, findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no item 14.6.5., sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

22.2.1. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto especificada no item 14.6.5. não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, também dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

22.3. O seguro será cancelado mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, devendo haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.



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

22.4.1. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 14.6.5.

23. Liquidação de Sinistros

23.1. Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo segurado, seu representante ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, através de carta, fac-símile (“fax”), telegrama ou correio eletrônico (“e-mail”), porém não desobrigando o segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

23.2. Para a análise do sinistro, a seguradora solicitará documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro e as coberturas contratadas.

23.3. Para a Cobertura Básica de Morte, os documentos básicos necessários são:

a) Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a.1.) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- a.2.) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- a.3.) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- a.4.) Cópia da Certidão de Casamento do segurado, atualizada com a averbação do óbito (se casado);



- a.5.) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado do mês do óbito (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.);
- a.6.) Cópia do contrato de dívida ou compromisso que caracterize o vínculo com o estipulante e originou o seguro;
- a.7.) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência, se for o caso;
- a.8.) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- a.9.) Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito;
- a.10.) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

b) Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item a):

- b.1.) Cópia do laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar;
- b.2.) Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);
- b.3.) Cópia do laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- b.4.) Cópia do termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir);
- b.5.) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
- b.6.) Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- b.7.) Cópia do Laudo de Perícia Técnica (se houver);
- b.8.) Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente).

23.4. Para todos os beneficiários do segurado na Cobertura Básica de Morte, 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.

23.4.1. 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.

23.4.2. 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).

23.4.3. 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).



23.5. O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos básicos relacionados.

23.6. Após o prazo previsto no item 23.5, os valores serão atualizados pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17., a partir da data de sua exigibilidade, e acrescidos de juros moratórios de 0,5% ao mês, a partir do último dia previsto para o pagamento.

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

23.7. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

23.8. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias previsto no item 23.5 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

23.9. Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro que envolva reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

24. Regime Financeiro

24.1. Este seguro está estruturado em regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado



período, destinam-se ao custeio das despesas de administração e das indenizações a serem pagas no próprio período. Dessa forma, as coberturas deste seguro não dão direito a devolução ou resgate de quaisquer prêmios pagos ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, inclusive em caso de suicídio do segurado ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro.

25. Material de Divulgação

25.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.

26. Disposições Gerais

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

26.2. Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei.

26.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

26.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

27. Foro

27.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para processamento de quaisquer questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a seguradora.



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

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

1. Riscos Cobertos

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, caso este venha a tornar-se totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de lesão física causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

1.2. Para efeito desta Condição Especial, considera-se invalidez permanente e total por acidente a perda ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos do segurado, comprovada por intermédio de declaração médica de profissional habilitado, assim consideradas:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total de um membro superior e de um membro inferior;
- f) Perda total de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral.



1.3. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

1.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.

1.5. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

1.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

1.7. A seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.

1.8. A invalidez por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica.

1.9. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

1.10. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

2. Riscos Excluídos



2.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

- a) perda de dentes e danos estéticos;**
- b) acidente que enseje perda ou redução parcial das funções de membros ou órgãos do segurado;**
- c) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
- d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- e) moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc .**

3. Capital Segurado

3.1. O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

3.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.



4. **Cancelamento da cobertura individual**

4.1. **A cobertura de invalidez permanente e total por acidente não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

5. **Liquidação de Sinistros**

5.1. Para a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente e Total por Acidente (IPTA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado do mês do óbito (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.);
- d) Cópia do contrato de dívida ou compromisso que caracterize o vínculo com o estipulante e originou o seguro;
- e) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência, se for o caso;
- f) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- g) Cópia do laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar;
- h) Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);
- i) Cópia do laudo emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), se houver;
- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- k) Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico, se houver;
- l) Cópia do Laudo de Perícia Técnica, se houver;
- m) Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- n) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais,



sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva;

o) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

e) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;

f) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;

g) 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;

h) 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.

5.2.1. 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.

5.2.2. 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).

5.2.3. 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. Junta Médica

6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

6.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

7. Disposições Gerais

7.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. Riscos Cobertos

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da garantia básica de Morte, caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de doenças graves cobertas, observadas as disposições das condições contratuais.

1.2. **Para efeito desta Condição Especial, consideram-se doenças graves, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições a seguir especificadas:**

1.2.1. Doença Cardiológica

Está coberto o segurado que seja portador de qualquer doença cardiológica (arterial, muscular ou valvular) que lhe traga desconforto, dores precordiais, fadiga, palpitações e falta de ar, mesmo em repouso, que o incapacitem para qualquer atividade física, não melhorando com tratamentos médicos convencionais, em que a classe funcional corresponda aos níveis III e IV, conforme abaixo:

1.2.1.1. Classificação das Cardiopatias (classificação funcional da *NYHA, New York Heart Association*):

- a) Classe I: atividade física comum não ocasiona fadiga, dispnéia, palpitação ou angina.
- b) Classe II: não há sintomas em repouso, mas a atividade física comum leva o indivíduo a apresentar dispnéia, fadiga, palpitação ou angina.
- c) Classe III: não há sintomas em repouso, mas a atividade física mínima, menor que a habitual, produz sintomas de dispnéia, fadiga, palpitação ou angina.



d) Classe IV: há dispnéia, fadiga, palpitação ou angina em repouso, que pioram ainda mais com o esforço.

1.2.2. Doença Renal

Está coberto o segurado portador de doença renal crônica e irreversível que necessite de tratamento com diálise constante, mesmo após realização de transplante renal.

1.2.3. Doenças Neoplásicas

Está coberto o segurado portador de qualquer doença neoplásica maligna que apresente complicações e intercorrências graves, caracterizadas por compressões tumorais ou metástases à distância, e que o tornem incapaz do exercício de qualquer atividade física.

1.2.4. Doenças do Sistema Nervoso Central

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

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

1.4. **Sendo constatado e comunicado à seguradora o diagnóstico de uma das doenças relacionadas no item 1.2. como objeto de cobertura da apólice, o capital segurado não se acumula para pagamento de mais outra doença grave diagnosticada.**



2. Riscos Excluídos

2.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) quaisquer doenças não previstas nesta garantia e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta condição especial para caracterização da doença grave.

3. Capital Segurado

3.1. O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

3.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

4. Cancelamento da cobertura individual

4.1. A cobertura de doenças graves não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

4.1.1. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17. das Condições Gerais.

5. Liquidação de Sinistros

5.1. Para a Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG), os documentos básicos necessários são:



- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado do mês do óbito (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.);
- d) Cópia do contrato de dívida ou compromisso que caracterize o vínculo com o estipulante e originou o seguro;
- e) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência, se for o caso;
- f) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença grave, os tratamentos realizados e a evolução da doença;
- h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

5.2. 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.

5.2.1. 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.

5.2.2. 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).

5.2.3. 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. Junta Médica

6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.



6.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

7. Disposições Gerais

7.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL (DT)

1. Riscos Cobertos

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da garantia básica de Morte, caso o segurado venha a ser diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como paciente em fase terminal, observadas as disposições das condições contratuais.

1.2. Para efeito desta Condição Especial, considera-se paciente em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses.

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



2. Capital Segurado

2.1. O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

2.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença terminal.

3. Carência

3.1. **Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item 18. das Condições Gerais.**

3.2. **A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão.**

4. Cancelamento da cobertura individual

4.1. **A cobertura de doença terminal não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento da indenização, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

4.1.1. **Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17. das Condições Gerais.**



5. **Liquidação de Sinistros**

5.1. Para a Cobertura Adicional de Doença Terminal (DT), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado do mês do óbito (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.);
- d) Cópia do contrato de dívida ou compromisso que caracterize o vínculo com o estipulante e originou o seguro;
- e) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência, se for o caso;
- f) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença, sua evolução, os tratamentos realizados e qual a expectativa de morte do segurado;
- h) Cópias de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico da doença até a entrega da documentação;
- i) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

5.2. 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.

5.2.1. 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.

5.2.2. 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).

5.2.3. 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. Junta Médica

6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

6.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

7. Disposições Gerais

7.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO OU ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. Riscos Cobertos

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, em caso de morte do segurado durante a vigência da cobertura, o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o valor do capital contratado, observadas as disposições das condições contratuais.



1.2. Reembolso das Despesas

1.2.1. A seguradora efetuará o reembolso das despesas com o funeral do segurado diretamente ao responsável pelo dispêndio, até o limite do capital segurado contratado.

1.3. Serviços de Assistência Funeral

1.3.1. Em substituição ao reembolso das despesas de funeral, poderá haver opção pela prestação de serviços de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado.

1.3.2. Os serviços de assistência funeral consistem, exclusivamente, em:

1.3.2.1. Envio de um representante credenciado, além do fornecimento do livro de registro de presença.

1.3.2.2. Cerimônia fúnebre, abrangendo exclusivamente os itens abaixo:

- a) preparação do corpo para acomodação em urna;
- b) 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 sobrebabados;
- c) véu ou manto mortuário, quando necessário;
- d) enfeite floral e coroas de flores;
- e) capela mortuária ou velório;
- f) aparelho de ozona;
- g) mesa de condolências ou câmara ardente, incluindo castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família;
- h) carro funerário para enterro dentro do município de moradia habitual do segurado;
- i) sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;



- j) pagamento de taxa de sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;
- k) providência no sentido de levar o óbito a registro, suportando os ônus decorrentes deste serviço;
- l) 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.

1.3.2.3. 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.

1.3.2.3.1. Condições para a prestação de serviço de traslado e/ou repatriamento de corpo:

- a) 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.
- b) 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.

2. Riscos Excluídos

2.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura Adicional de Reembolso ou Assistência Funeral:



- a) **despesas de aquisição, locação confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;**
- b) **despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado;**
- c) **despesas por serviços não especificados no item 1.3.2.;**
- d) **realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando em “morte presumida”;**
- e) **realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado.**

2.2. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura Adicional de Reembolso ou Assistência Funeral, exclusivamente na opção de prestação de serviços:

- a) **a cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;**
- b) **despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;**
- c) **a prestação do serviço de assistência funeral nas localidades em que a legislação não permita a atuação da prestadora do serviço.**

3. Âmbito Geográfico

3.1. Quando a Cobertura Adicional de Reembolso ou Assistência Funeral for utilizada na forma de prestação de serviço, o sepultamento ou cremação restringe-se ao território brasileiro.



4. Capital Segurado

4.1. O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5. Liquidação de Sinistros

5.1. Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados no item 23.3. das Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:

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

5.2. Para todos os beneficiários desta cobertura, ou seja, aqueles que desembolsaram valores para custeio do funeral do segurado, os documentos básicos necessários são:

e) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;

f) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;

g) 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;

h) 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.



5.3. Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados no item 23.3. das Condições Gerais do seguro.

6. Disposições Gerais

6.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. Riscos Cobertos

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante aos beneficiários indicados pelo segurado, em caso de sua morte, o pagamento do valor do capital contratado, a título de auxílio para despesas de funeral, sem necessidade de comprovantes, desde que a morte esteja coberta na Cobertura Básica de Morte.

2. Capital Segurado

2.1. O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

2.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

3. Liquidação de Sinistros

3.1. Para a Cobertura Adicional de Auxílio Funeral, os documentos básicos necessários são:



- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

3.2. Para todos os beneficiários do segurado, os documentos básicos necessários são:

- a) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário;
- b) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal a cada beneficiário (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.).

3.3. 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.

3.4. 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).

3.5. 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).

3.6. O pagamento de indenização por esta cobertura de auxílio funeral não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

4. Disposições Gerais

4.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. Riscos Cobertos

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante aos beneficiários indicados pelo segurado, em caso de sua morte, o pagamento do valor do capital contratado, a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos, desde que a morte esteja coberta na Cobertura Básica de Morte.

2. Capital Segurado

2.1. O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.



2.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

3. **Liquidação de Sinistros**

3.1. Para a Cobertura Adicional de Cesta Básica, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

3.2. Para todos os beneficiários do segurado, os documentos básicos necessários são:

- a) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário;
- b) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal a cada beneficiário (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.).

3.3. 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.

3.4. 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).

3.5. 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).

3.6. 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.

4. Disposições Gerais

- 4.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE EMPREGO

1. Riscos Cobertos

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de parcelas da dívida do segurado ao estipulante ou ao titular do crédito, em número e valor pactuados no contrato do seguro, no caso de o segurado perder o emprego, sem justa causa, por



iniciativa do seu empregador, durante a vigência da cobertura e observadas as demais disposições das condições contratuais do seguro.

1.2. O segurado deverá comprovar a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta, através de vínculo empregatício por contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou possuir registro em carteira de trabalho como empregado doméstico.

2. Riscos Excluídos

2.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos desta cobertura adicional a perda de emprego decorrente de:

- a) programas anunciados pelo empregador do segurado para redução do seu quadro de funcionários ou dispensas, ainda que incentivadas, ou programas de demissão voluntária que, de maneira geral ou específica, incluam a categoria de trabalho do segurado;
- b) demissão por justa causa;
- c) demissão do segurado em data anterior ao início de vigência desta cobertura;
- d) abandono de emprego ou pedido de demissão voluntário do segurado;
- e) término do contrato de trabalho temporário ou mandato de cargos eletivos;
- f) aposentadoria, pensão ou retiro/ausência do segurado.

2.2. Esta cobertura não pode ser contratada por profissionais liberais ou autônomos.



3. **Capital Segurado**

3.1. O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

3.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da perda do emprego do segurado.

4. **Liquidação de Sinistros**

4.1. Para a Cobertura Adicional de Perda de Emprego, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado do mês do óbito (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.);
- d) Cópia do contrato de dívida ou compromisso que caracterize o vínculo com o estipulante e originou o seguro;
- e) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência, se for o caso;
- f) Cópias das páginas da carteira de trabalho (CPTS) do segurado que contêm o seguinte: identificação do segurado, último contrato de trabalho, rescisão e página posterior;
- g) Cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho;
- h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

4.2. 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.

4.2.1. Se o segundo 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.

4.2.2. Se o segundo 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).

4.2.3. Se o segundo 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).

5. Carência

5.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item 18. das Condições Gerais.

5.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão.

6. Disposições Gerais

6.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. Objetivo

1.1. Seguradora e estipulante acordam que, mediante inserção desta Cláusula Suplementar no seguro, ao final de vigência da apólice haverá distribuição do excedente técnico porventura existente, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

2. Critérios para a distribuição do excedente técnico

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



2.2. A distribuição se fará após o término da vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo pactuado no contrato, à partir da data da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

2.3. A distribuição de excedentes técnicos fica condicionada à existência de uma média mensal mínima de vidas de segurados, pactuada no contrato, durante a vigência do seguro.

3. **Apuração do Resultado**

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

3.1.1. Receitas:

- a) prêmios de competência correspondente ao período e vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) do período anterior;
- d) recuperação de sinistros do(s) ressegurador(es).

3.1.2. Despesas:

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) prêmios de resseguro;



- e) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;
- f) alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período, conforme acordado com o estipulante;
- h) saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.

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

- a) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) o aviso à seguradora, para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

3.3. Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente pelo índice para atualização de valores previsto no item 2.17. das Condições Gerais do seguro, desde o término do período de apuração determinado no contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

4. Disposições Gerais

4.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. Riscos Cobertos

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento parcial ou total do saldo devedor do segurado relativo a compromissos assumidos por este perante o estipulante ou ao titular do respectivo crédito, caso o segurado venha sofrer perda de renda em razão de tornar-se incapacitado **temporariamente** para o exercício de sua principal atividade profissional remunerada, até o limite do capital segurado estipulado para esta cobertura, observados os riscos excluídos e as demais disposições das condições contratuais do seguro.

1.2. Para fins desta cobertura entende-se como incapacidade temporária a incapacidade que impossibilita o segurado de exercer, em caráter temporário, sua habitual atividade profissional remunerada, atestada por médico devidamente habilitado.

1.3. **Esta garantia somente tem efeitos se o afastamento se der por um período superior ao da franquia estabelecida no contrato, observadas também carências estipuladas em contrato e demais disposições das condições gerais e desta condição especial.**

1.4. **A cobertura de que trata esta condição especial somente poderá ser concedida a pessoa física que, simultaneamente:**

a) exerça atividade profissional remunerada habitual, na condição de contribuinte ativo junto à Previdência Social (INSS); e

b) possua a idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos, e se encontre em perfeitas condições de saúde, na data da contratação do seguro.

2. Riscos Excluídos

2.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária:

- 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) gravidez, parto e suas consequências;**
- c) anomalias congênitas;**
- d) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
- e) tratamento para obesidade ou estética, em suas várias modalidades;**
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g) doenças mentais, distúrbios psiquiátricos, quaisquer que sejam suas espécies e causas, bem como as consequências deles decorrentes;**
- h) cirurgia para esterilização;**
- i) hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- j) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo; e**
- k) perda de renda por desemprego.**

2.1.1 Estão também excluídos os riscos a seguir enumerados, salvo se a sua ocorrência se der por força de acidente coberto:



- a) **hérnia de disco, exceto quando decorrente de tratamento cirúrgico procedente de acidente coberto;**
- b) **abortos, aprovados ou não, e suas consequências; e**
- c) **tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas.**

3. Capital Segurado

3.1. Capital segurado é o valor máximo que será indenizado no caso de evento coberto ocorrido com o segurado, o qual será definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

3.2. A seguradora pagará, respeitadas as disposições desta cobertura adicional, as parcelas decorrentes de compromissos assumidos pelo segurado perante o estipulante ou titular do crédito, na medida em que ocorrer os respectivos vencimentos de tais compromissos, o valor de parcela previamente estabelecido na proposta ou nas condições contratuais do seguro, conforme o caso, tendo como parâmetro inicial o período que se iniciar após a franquia adiante fixada, e como parâmetro final o dia em que o segurado retornar à atividade.

3.3. O afastamento para o exercício profissional será reconhecido quando determinado por médico devidamente habilitado, e deverá ser comprovado através do envio de exames complementares.

3.4. **O pagamento das parcelas será feito enquanto persistir o estado de incapacidade temporária do segurado, e limitar-se-á ao número estabelecido nas condições contratuais, independentemente do número de eventos que acarretarem a cobertura, observadas as demais disposições desta condição especial.**



3.5. A reintegração do capital segurado será feita de forma automática na data em que cessar a condição de incapacidade temporária declarada sob vigência da presente cobertura.

4. Franquia

4.1. Esta cobertura adicional está sujeita à aplicação de franquia de 15 (quinze) dias ininterruptos, contado a partir da data em que o médico determine o afastamento do Segurado de sua atividade profissional.

4.2. Para fins desta cobertura, entende-se como franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

4.3. Durante o período de franquia, o Segurado não terá direito ao recebimento de indenização.

4.4. O Segurado terá direito à indenização a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento por incapacidade temporária.

5. Carência:

5.1. Poderão ser estipulados no contrato prazos de carência para esta cobertura, representando o período no qual o segurado ou seus beneficiários não terão direito à percepção do capital segurado contratado caso venha a apresentar diagnóstico de incapacidade temporária, embora obrigado ao pagamento do prêmio do seguro.

5.2. Os prazos de carência poderão ser de duas espécies:



- a) **Inicial:** quando a contagem do prazo estipulado se inicia a partir do início de vigência do seguro;
- b) **De reintegração de capital:** quando a contagem do prazo estipulado se inicia a partir da data em que cessar a condição de incapacidade temporária declarada sob vigência da presente garantia.

5.3. Cada um dos prazos de carência acima previstos serão fixados na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão.

6. Junta Médica

6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

6.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

7. Liquidação de Sinistros

7.1. Para a Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária, os documentos básicos necessários para liquidação de sinistros são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;



- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado do mês do afastamento (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.);
- d) Cópia do contrato de dívida ou compromisso que caracterize o vínculo com o estipulante que originou o seguro;
- e) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência, após o período de franquia;
- f) Comprovação de exercício de atividade profissional;
- g) Comprovação do recolhimento das contribuições previdenciárias (INSS);
- h) Cópia do recolhimento de ISS ou do ICMS, quando for o caso;
- i) Cópia do último imposto de renda apresentado à SRF;
- j) Laudo médico com a determinação do afastamento por incapacidade temporária, detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade;
- k) Cópia do Atestado médico;
- l) Cópia do comunicado de concessão de benefício do INSS;
- m) Exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);
- n) Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso.
- o) Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);

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

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP do estipulante;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia do estipulante;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es);



d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) ao estipulante.

7.3 A Seguradora poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente, interrompendo o prazo para pagamento da indenização e o reiniciando a partir do recebimento da documentação solicitada.

8. Beneficiário

8.1. No seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária a indenização tem como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado perante o estipulante ou o titular do crédito, no caso de ocorrência do evento coberto. Portanto, o beneficiário do seguro será a pessoa jurídica cedente/gerador do compromisso financeiro, ou, ainda, o próprio segurado, no caso de pagamento antecipado por este, mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

9. Acumulação de Indenizações

9.1. Se o segurado vier a falecer ou a ficar permanentemente inválido (se a cobertura de invalidez permanente total por acidente também tiver sido contratada) e já tiver sido indenizado por conta da cobertura sob esta condição especial, a seguradora não deduzirá, caso haja morte ou invalidez, com cobertura reconhecida, a indenização já paga.

9.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento que possa acarretar afastamento indenizável, a indenização a ser paga por esta cobertura será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.



9.3. Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade evolua para uma incapacidade permanente, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito a esta garantia.

10. Disposições Gerais

10.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

**PARA
SIMPLES
CONSULTA**