



# Prestamista

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Processo **SUSEP 15414.634694/2022-11**

## SUMÁRIO

<b>CONDIÇÕES CONTRATUAIS</b> .....	<b>4</b>
1. APRESENTAÇÃO.....	4
2. INFORMAÇÕES PRELIMINARES .....	4
3. DEFINIÇÕES .....	5
<b>CONDIÇÕES GERAIS</b> .....	<b>12</b>
4. OBJETIVO DO SEGURO .....	12
5. COBERTURAS.....	12
6. RISCOS EXCLUÍDOS .....	13
7. PERDA DE DIREITOS .....	14
8. GRUPO SEGURÁVEL .....	15
9. GRUPO SEGURADO .....	16
10. CUSTEIO DO SEGURO/ADESÃO .....	16
11. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS .....	16
12. EXTINÇÃO DO CONTRATO .....	17
13. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	17
14. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	18
15. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	19
16. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO .....	19
17. ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	19
18. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO E LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE .....	19
19. CARÊNCIAS .....	20
20. FRANQUIAS .....	20
21. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CONTRATO .....	20
22. BENEFICIÁRIOS .....	21
23. CAPITAL SEGURADO .....	22
24. CUSTEIO DO SEGURO.....	22
25. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	22

<b>26. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO.....</b>	<b>24</b>
<b>27. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE .....</b>	<b>24</b>
<b>28. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA .....</b>	<b>25</b>
<b>29. REMUNERAÇÃO AO ESTIPULANTE.....</b>	<b>26</b>
<b>30. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>31. REGULAÇÃO DE SINISTRO .....</b>	<b>26</b>
<b>32. JUNTA MÉDICA.....</b>	<b>28</b>
<b>33. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA .....</b>	<b>28</b>
<b>34. SUB-ROGAÇÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>35. COMUNICAÇÕES.....</b>	<b>28</b>
<b>36. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS .....</b>	<b>29</b>
<b>37. PRESCRIÇÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>38. FORO.....</b>	<b>29</b>
<b>CONDIÇÕES ESPECIAIS APLICÁVEIS ÀS COBERTURAS BÁSICAS.....</b>	<b>30</b>
<b>COBERTURA BÁSICA DE MORTE.....</b>	<b>30</b>
<b>COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL .....</b>	<b>33</b>
<b>COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....</b>	<b>37</b>
<b>COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)...</b>	<b>42</b>
<b>COBERTURA BÁSICA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO .....</b>	<b>55</b>
<b>COBERTURA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PARA PROFISSIONAL LIBERAL E AUTÔNOMO) .....</b>	<b>59</b>
<b>COBERTURA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (PARA PROFISSIONAL LIBERAL E AUTÔNOMO).....</b>	<b>63</b>

## CONDIÇÕES CONTRATUAIS

### 1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos as condições contratuais do seguro PRESTAMISTA, de contratação coletiva, contendo as garantias contratadas, os riscos cobertos, os riscos excluídos e todos os demais dispositivos contratuais, cuja íntegra estará à disposição para consulta a qualquer momento, permanecendo a equipe técnica desta Seguradora sempre à disposição para esclarecer quaisquer pontos ou dúvidas acerca do produto.

### 2. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 2.1. A contratação deste seguro é opcional, sendo facultado ao SEGURADO o seu cancelamento qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 2.2. A ACEITAÇÃO deste seguro está sujeita à análise do risco.
- 2.3. O SEGURADO poderá consultar a situação cadastral de seu CORRETOR de seguros no site <https://www.gov.br/susep/pt-br>, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.4. Na ocorrência de EVENTO coberto, caso o valor da OBRIGAÇÃO financeira devida ao CREDOR seja menor do que o valor a ser indenizado neste SEGURO PRESTAMISTA, a diferença apurada será paga ao próprio SEGURADO ou ao segundo BENEFICIÁRIO indicado, conforme dispuserem as condições gerais.
- 2.5. Constam das PROPOSTAS DE CONTRATAÇÃO E DE ADESÃO campo específico, em que o SEGURADO declara reconhecer o exercício da sua opção pela contratação do SEGURO PRESTAMISTA.
- 2.6. Na contratação por meios remotos o SEGURADO poderá desistir do contrato do seguro no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da data da sua adesão ao seguro.
- 2.7. A utilização de meios remotos na emissão da APÓLICE e Certificado Individual, garante ao SEGURADO a possibilidade de impressão do documento e, a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física, mediante solicitação à SEGURADORA.
- 2.8. Para sinistros, o Segurado poderá entrar em contato pelo telefone **0800 770 0202** (atendimento de segunda a sexta, das 8h às 20h e aos sábados, das 8h às 17h, exceto feriados) ou pelo **SAC 0800 725 1105** (atendimento todos os dias, 24 horas por dia) ou por meio do **endereço eletrônico atendimento@alba.com.br**. Para atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala, o segurado deverá enviar mensagem para o **WhatsApp (11) 4369-7171** ou através do **Chat** no site [www.alba.com.br](http://www.alba.com.br) (atendimento todos os dias, 24 horas por dia) ou ainda para o **endereço eletrônico atendimento\_def@alba.com.br**. Caso o Segurado possua um número de protocolo do SAC sem solução satisfatória, poderá contestar na Ouvidoria através do telefone **0800 725 1071** (atendimento de segunda a sexta, das 7h às 20h, exceto feriados).
- 2.9. Suas informações estão protegidas pela Lei Geral de Proteção de Dados. A Companhia de Seguros Aliança da Bahia zela pelos seus dados e informações constantes em nosso banco de dados e

cumprir com a LGPD. O compartilhamento de seus dados e informações somente com empresas que nos auxiliam a cumprir nossos compromissos contigo, mediante contratos firmados com empresas de assistência, resseguradores e órgão fiscalizador e Normativo. Bem como, com empresas de comunicação, de pesquisas e do nosso conglomerado econômico, sempre com o objetivo de aprimorar os produtos e serviços que oferecemos aos Segurados. Para saber mais sobre como tratamos seus dados pessoais, entre no site [https://www.alba.com.br/?page\\_id=3](https://www.alba.com.br/?page_id=3).

### **3. DEFINIÇÕES**

Visando tornar mais compreensível e transparente este Contrato de Seguro, apresentamos os principais termos técnicos utilizados nestas Condições Gerais com seus respectivos conceitos:

#### **3.1. ACEITAÇÃO**

Ato pelo qual a Seguradora aceita o seguro que lhe foi proposto.

#### **3.2. ACIDENTE**

Acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano ao objeto ou à pessoa segurada. É todo caso fortuito, especialmente aquele do qual deriva um dano.

#### **3.3. ACIDENTE PESSOAL**

**3.3.1.** O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente ou total do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.

**3.3.2.** Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

**3.3.2.1.** O suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência total da apólice, que será equiparado, para fins de INDENIZAÇÃO, a acidente pessoal, observada legislação em vigor.

**3.3.2.2.** Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto.

**3.3.2.3.** Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores.

**3.3.2.4.** Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros.

**3.3.2.5.** Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

**3.3.3.** Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

**3.3.3.1.** 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.

**3.3.3.2.** As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos ou por equipamentos médico-hospitalares, quando não decorrentes de acidente coberto.

**3.3.3.3.** 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 osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

**3.3.3.4.** 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 3.3.

#### **3.4. APÓLICE**

É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente.

#### **3.5. ATO DOLOSO**

Ato ilícito causado por ação ou omissão voluntária.

#### **3.6. AVISO DE SINISTRO**

Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora assim que dele tenha conhecimento.

#### **3.7. BENEFICIÁRIO**

É a pessoa física ou jurídica cedente do crédito, financiamento, serviço ou produto a quem deve ser paga a indenização na ocorrência do evento coberto. O primeiro Beneficiário será o Credor (ou Estipulante, conforme o caso) e a eventual diferença entre o valor da obrigação e o valor da indenização deverá ser paga ao próprio Segurado ou ao Segundo Beneficiário indicado, conforme o caso. O beneficiário pode ser determinado, quando indicado na apólice/Certificado de Seguro, ou indeterminado, quando desconhecido na formação do contrato.

#### **3.8. BOA-FÉ**

No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que devem adotar o Segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos da prática de atos eivados de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.

#### **3.9. CAPITAL SEGURADO**

É o valor máximo a ser paga pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s) em caso de ocorrência de evento coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

### **3.10. CARÊNCIA**

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início da vigência do certificado de seguro durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.

### **3.11. CERTIFICADO INDIVIDUAL**

Documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do Proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

### **3.12. COBERTURAS DE RISCO**

Coberturas previstas nas regulamentações pertinentes, não caracterizadas como sendo por sobrevivência.

### **3.13. CONDIÇÕES CONTRATUAIS**

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, a apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

### **3.14. CONDIÇÕES GERAIS**

Conjunto de cláusulas que regem um plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos beneficiários e do estipulante.

### **3.15. CONDIÇÕES ESPECIAIS**

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

### **3.16. CORRETOR**

Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões negociadas.

### **3.17. CREDOR**

Trata-se do primeiro beneficiário do seguro prestamista, sendo aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada ou de determinação legal.

### **3.18. DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO**

É a rescisão do contrato de trabalho do segurado regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – de forma unilateral pelo empregador, ou seja, que não tenha sido motivada pelo segurado, que não decorra de justa causa, e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nos Riscos Excluídos do seguro.

### **3.19. DEVEDOR.**

Aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

### **3.20. DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES E SUAS CONSEQÜÊNCIAS**

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro, que, se não forem informadas na declaração pessoal de saúde, na proposta de adesão ou outro documento ou meio ofertado pela Seguradora, não geram o direito à indenização.

### **3.21. DOLO**

Má-fé. Qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado ilícito.

### **3.22. ENDOSSO**

Documento, emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

### **3.23. ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE**

Documento que faz parte integrante da apólice, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado.

### **3.24. ESTIPULANTE**

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.

### **3.25. EVENTO**

É todo e qualquer acontecimento passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Contratuais.

### **3.26. FRANQUIA**

Quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Sociedade Seguradora, dependendo das disposições do contrato.

### **3.27. GRUPO SEGURÁVEL**

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

### **3.28. GRUPO SEGURADO**

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva que esteja em vigor.

### **3.29. INDENIZAÇÃO**

É o valor do capital segurado efetivamente pago pela Seguradora ao ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto pelo seguro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada, e corresponde aos prejuízos cobertos menos a franquia, quando esta for exigível.

### **3.30. INÍCIO DE VIGÊNCIA**

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

### **3.31. IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**

Índice utilizado por esta Seguradora para atualização e recálculo dos valores estabelecidos neste plano de seguro.

### **3.32. MEIOS REMOTOS**

São aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

### **3.33. NOTA TÉCNICA ATUARIAL**

É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

### **3.34. OBRIGAÇÃO**

Produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre redor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.

### **3.35. PREJUÍZOS**

A perda econômica e/ou financeira, inclusive lucros cessantes, consequentes diretamente de danos corporais ou danos materiais sofridos pelo Segurado.

### **3.36. PRÊMIO**

É o preço do seguro, ou seja, é o valor que o Segurado paga à Seguradora para que esta assumira os riscos cobertos pelo seguro.

### **3.37. PROPONENTE**

É a pessoa física que propõe sua adesão ao seguro e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação formal pela Seguradora.

### **3.38. PROPOSTA DE ADESÃO**

Documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por MEIOS REMOTOS, nos termos da regulamentação específica, preenchido e assinado pelo proponente, pessoa física, em que ele expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, nele manifestando pleno conhecimento das condições do contrato.

### **3.39. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO**

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do(s) risco(s), emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o proponente, pessoa física, em planos contratados sob a forma individual, ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), nele manifestando pleno conhecimento do Regulamento e, no caso de contratação sob a forma coletiva, do respectivo contrato.

### **3.40. PRO-RATA**

É o método de se calcular o prêmio do seguro com base nos dias de vigência do contrato quando este for realizado por período inferior a um ano.

### **3.41. PROFISSIONAL AUTÔNOMO E LIBERAL NÃO REGULAMENTADO**

É todo aquele que exerce sua atividade profissional remunerada sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, e que não tenham como comprovar vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.

### **3.42. PROFISSIONAL AUTÔNOMO E LIBERAL REGULAMENTADO**

É todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade, e que sejam contribuintes regulares da Previdência Social. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.

### **3.43. REABILITAÇÃO DO SEGURO**

É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

### **3.44. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

### **3.45. REGULAÇÃO DE SINISTRO**

Trata-se do processo de avaliação das causas, consequências, circunstâncias e apuração dos prejuízos devidos ao Segurado ou ao beneficiário e do direito destes à indenização.

### **3.46. RISCO**

Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

### **3.47. RISCO COBERTO**

Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização e/ou reembolso ao segurado.

### **3.48. RISCOS EXCLUÍDOS**

Eventos preestabelecidos nas condições contratuais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização decorrente de suas ocorrências.

### **3.49. SEGURADO**

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

### **3.50. SEGURO PRESTAMISTA**

É o seguro que tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado.

### **3.51. SEGURADORA**

É a Companhia de seguros, devidamente constituída e autorizada a funcionar no País.

### **3.52. SINISTRO**

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

### **3.53. VIGÊNCIA**

É o período entre o início e o fim da produção de efeitos do contrato.

## CONDIÇÕES GERAIS

### 4. OBJETIVO DO SEGURO

- 4.1.** O presente Contrato de Seguro tem por objetivo custear total ou parcialmente a OBRIGAÇÃO assumida pelo SEGURADO, no caso de SINISTRO coberto, nos termos estabelecidos nestas CONDIÇÕES CONTRATUAIS, até o limite do CAPITAL SEGURADO contratado, observando-se as restrições, exclusões e disposições legais, regulamentares e contratuais aplicáveis.
- 4.2.** Este plano de seguro não prevê a devolução ou resgate de PRÊMIOS ao SEGURADO, ao BENEFICIÁRIO ou ao ESTIPULANTE.

### 5. COBERTURAS

#### 5.1. Cobertura Básica de Morte

- 5.1.1.** Garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor da obrigação à qual o Seguro está atrelado, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado.

#### 5.2. Cobertura Básica de Morte Acidental

- 5.2.1.** Garante ao CREDOR a amortização ou o custeio total da OBRIGAÇÃO assumida pelo SEGURADO em caso de morte acidental do mesmo, desde que não decorrente de uma exclusão expressa.

#### 5.3. Cobertura Básica de Invalidez Permanente Total por Acidente

- 5.3.1.** Garante ao CREDOR a amortização ou custeio total da OBRIGAÇÃO assumida pelo SEGURADO em caso de Invalidez Permanente Total por acidente, desde que não decorrente de uma exclusão expressa.

#### 5.4. Cobertura Básica de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

- 5.4.1.** Garante ao CREDOR a amortização ou custeio total da OBRIGAÇÃO assumida pelo SEGURADO em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por doença, desde que não decorrente de uma exclusão expressa.

#### 5.5. Cobertura Básica de DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

- 5.5.1.** Garante ao CREDOR a amortização ou custeio total da OBRIGAÇÃO assumida pelo SEGURADO em caso de DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO, desde que não decorrente de uma exclusão expressa.

#### 5.6. Cobertura Básica de Perda de Renda de Incapacidade Física Total e Temporária por ACIDENTE ou Doença (Para Profissional Liberal e Autônomo).

- 5.6.1.** Garante ao CREDOR a amortização ou custeio total da OBRIGAÇÃO assumida pelo SEGURADO em caso de Perda de Renda de Incapacidade Física Total e Temporária por

ACIDENTE ou Doença (para Profissional Liberal e Autônomo), desde que não decorrente de uma exclusão expressa.

**5.7. Cobertura Básica de Perda de Renda de Incapacidade Física Total e Temporária por ACIDENTE (Para Profissional Liberal e Autônomo).**

- 5.7.1.** Garante ao CREDOR a amortização ou custeio total da OBRIGAÇÃO assumida pelo SEGURADO em caso de Perda de Renda de Incapacidade Física Total e Temporária por ACIDENTE, desde que não decorrente de uma exclusão expressa.

**6. RISCOS EXCLUÍDOS**

**6.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTES SEGUROS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:**

- 6.1.1.** DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES.
- 6.1.2.** DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, MANIFESTAÇÃO NÃO PACÍFICA, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DECLARADOS OU NÃO, OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.
- 6.1.3.** ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU DE CULPA GRAVE EQUIPARÁVEL AO DOLO PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, ESTENDENDO-SE ESTA CLÁUSULA, NO CASO DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR PESSOA JURÍDICA, AOS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES.
- 6.1.4.** DE DOENÇAS, LESÕES OU DEFORMIDADES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, DO CONHECIMENTO DO PROPONENTE/SEGURADO E NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO.
- 6.1.5.** O SUICÍDIO OU A TENTATIVA DE SUICÍDIO, VOLUNTÁRIO E PREMEDITADO, OCORRIDO EXCLUSIVAMENTE DURANTE OS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA DA COBERTURA DO SEGURO OU DE SUA REABILITAÇÃO DEPOIS DE SUSPENSA.

**6.2. ATOS TERRORISTAS.**

- 6.2.1.** NÃO ESTÃO COBERTOS DANOS E PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.

- 6.3. EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, ALÉM DE ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO.**
- 6.4. DOAÇÃO E TRANSPLANTE INTERVIVOS.**
- 6.5. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, SALVO SE A MORTE OU INCAPACIDADE DO SEGURADO PROVIER DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO OU DA PRÁTICA DE ESPORTE.**
- 6.6. IMPRUDÊNCIA OU NEGLIGÊNCIA DO SEGURADO, ASSIM DECLARADO JUDICIALMENTE, BEM COMO DE ATOS CONTRÁRIOS À LEI.**
- 6.7. FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, TSUNAMIS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, TUFÕES E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA.**
- 6.8. INVALIDEZ PARCIAL DO SEGURADO: PERDA, REDUÇÃO OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, PARCIAL E DEFINITIVA, MOTIVADA POR ACIDENTE OU DOENÇA, E PARA A QUAL NÃO SE PODE ESPERAR RECUPERAÇÃO OU REABILITAÇÃO COM OS RECURSOS TERAPÊUTICOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DE SUA CONSTATAÇÃO.**
- 6.9. FINANCIAMENTOS E/ OU EMPRÉSTIMOS CONCEDIDOS POR MEIO DE PROCURAÇÃO.**

## **7. PERDA DE DIREITOS**

- 7.1. O SEGURADO PERDERÁ O DIREITO À INDENIZAÇÃO SE AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO.**
- 7.2. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR A SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, TODO INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À INDENIZAÇÃO SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.**
  - 7.2.1. ENTENDE-SE COMO INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE, OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO.**
- 7.3. A SEGURADORA, DESDE QUE O FAÇA NOS 15 (QUINZE) DIAS SEGUINTE AO RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO SEM CULPA DO SEGURADO, PODERÁ, POR MEIO DE COMUNICAÇÃO FORMAL, CANCELAR O SEGURO; RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES; OU COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES.**
  - 7.3.1. 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.**
  - 7.3.2. CASO HAJA DIFERENÇA DE PRÊMIO, ESTA SERÁ RESTITUÍDA AO SEGURADO, CORRIGIDA PELA VARIAÇÃO POSITIVA DO ÍNDICE PREVISTO NA CLÁUSULA 30. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.**

**7.4. O SEGURADO PERDERÁ O DIREITO À INDENIZAÇÃO CASO HAJA, POR PARTE DO MESMO, SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, SEUS PREPOSTOS OU SEUS BENEFICIÁRIOS:**

- 7.4.1. INEXATIDÃO, OMISSÃO, FALSIDADE OU ERRO NAS DECLARAÇÕES CONSTANTES DA PROPOSTA DE ADEÇÃO QUE TENHAM INFLUENCIADO NA ACEITAÇÃO DO SEGURO OU NO VALOR DO PRÊMIO, ALÉM DE ESTAR O SEGURADO OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.**
- 7.4.2. INOBSERVÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NA APÓLICE QUE ACARRETEM AGRAVAÇÃO DO RISCO COBERTO.**
- 7.4.3. FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE COMPROVADA, SIMULANDO OU PROVOCANDO UM SINISTRO, OU, AINDA, AGRAVANDO SUAS CONSEQUÊNCIAS; OU PROCEDIMENTO INTENCIONAL PARA AGRAVAR O RISCO COBERTO.**

**7.5. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ, NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO, ALTERNATIVAMENTE:**

- 7.5.1. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO.**
- 7.5.2. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.**

**7.6. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO, PODERÁ A SEGURADORA, ALTERNATIVAMENTE:**

- 7.6.1. CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO.**
- 7.6.2. 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.**

**7.7. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL, EFETUANDO O PAGAMENTO E DEDUZINDO DO SEU VALOR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.**

**8. GRUPO SEGURÁVEL**

Totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou ser incluídas na apólice coletiva de seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nas Condições Gerais.

**8.1. Entre os membros do grupo segurável, adotam-se as seguintes nomenclaturas:**

- 8.1.1.** Segurados Titulares: aquelas pessoas que mantêm vínculo empregatício devidamente e legalmente comprovado com o Estipulante.
- 8.1.2.** Segurados Dependentes: os cônjuges/companheiras (os), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado Titular pela Legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.
- 8.2.** É facultada à SEGURADORA a solicitação, a qualquer tempo, de apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

## **9. GRUPO SEGURADO**

É o conjunto dos componentes do grupo segurável, desde que aceitos e incluídos na apólice cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor.

## **10. CUSTEIO DO SEGURO/ADESÃO**

- 10.1.** Contributário: é o seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente. Nesse tipo de seguro serão incluídos na apólice somente os componentes do grupo segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro por meio de preenchimento da Proposta de Adesão.
- 10.2.** Seja qual for a modalidade de custeio escolhida, o Estipulante sempre será o único responsável pelo recolhimento, quando for o caso, e pela quitação dos prêmios devidos.
- 10.3. A ADESÃO A ESTE SEGURO SERÁ DE FORMA FACULTATIVA.**

## **11. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS**

- 11.1.** A contratação ou alteração deste seguro poderá ser feita por MEIOS REMOTOS, devendo para tanto ser garantidos:
  - 11.1.1.** A confirmação do recebimento de documentos e mensagens enviadas pela SEGURADORA ao SEGURADO.
  - 11.1.2.** O fornecimento de protocolo ao SEGURADO ou ao CORRETOR, das solicitações e procedimentos relativos a este seguro, podendo ser dispensado o protocolo mediante o acesso ou consulta a documentos e informações disponibilizados pela SEGURADORA.
  - 11.1.3.** A disponibilização de documentos relativos à contratação do seguro, preferencialmente pelo mesmo MEIO REMOTO usado na contratação, com instruções detalhadas para acesso seguro aos documentos contratuais dos produtos contratados, garantindo-se a possibilidade de impressão ou download, devendo conter a informação da data e da hora da sua emissão.
  - 11.1.4.** As solicitações do SEGURADO relativas a procedimentos necessários ao encerramento da relação contratual pelo mesmo meio utilizado na contratação, sem prejuízo da disponibilização de outros meios.

- 11.1.5.** Na impossibilidade de uso do mesmo meio utilizado na contratação, por sua falta ou descontinuidade, será disponibilizado meio remoto equivalente ao da contratação, considerando aspectos de custo, tempo e facilidade para o Segurado.

## **12. EXTINÇÃO DO CONTRATO**

- 12.1.** Caso, até o prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento do PRÊMIO, não seja efetuado o pagamento dos PRÊMIOS em atraso mesmo após notificação da parte, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de PRÊMIOS anteriormente pagos, independente de interpelação judicial.
- 12.2.** O seguro pode ser resilido a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de SEGURADOS que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do GRUPO SEGURADO.
- 12.3.** No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:
- 12.3.1.** A SEGURADORA poderá reter do PRÊMIO recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 12.3.2.** Quando adotado o fracionamento do PRÊMIO e na hipótese de cancelamento a pedido do SEGURADO, a SEGURADORA reterá, no máximo, além dos emolumentos, o PRÊMIO calculado proporcional ao tempo decorrido.
- 12.4.** Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a SEGURADORA ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do PRÊMIO pago referente ao período a decorrer.
- 12.5.** O contrato será extinto ao chegar à data final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

## **13. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL**

- 13.1.** A cobertura individual cessa ao final do prazo de VIGÊNCIA da APÓLICE, se esta não for renovada, observada a limitação constante na Cláusula de VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO destas CONDIÇÕES GERAIS.
- 13.2.** Respeitando o período correspondente ao PRÊMIO pago, a cobertura do SEGURADO Principal cessa, ainda:
- 13.2.1.** Com o desaparecimento do vínculo entre o SEGURADO e o ESTIPULANTE.
- 13.2.2.** Quando o SEGURADO solicitar sua exclusão da APÓLICE, com a anuência expressa do ESTIPULANTE.
- 13.2.3.** Por inadimplência no pagamento do PRÊMIO mesmo após interpelação da parte.

## **14. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

- 14.1.** O início e o término de VIGÊNCIA deste Seguro serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na APÓLICE, nos certificados, e, se for o caso, nos ENDOSSOS.
- 14.2.** Quando a OBRIGAÇÃO possuir data prevista de término, o prazo de VIGÊNCIA deste Seguro corresponderá ao prazo da OBRIGAÇÃO a que está atrelado, sendo as datas de início e término especificadas no Certificado Individual e na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE.
- 14.3.** Caso o CREDOR e o DEVEDOR repactuem o prazo original do contrato relativo à OBRIGAÇÃO, o fato deverá ser formalmente comunicado a esta SEGURADORA, que adotará os seguintes procedimentos:
- 14.3.1.** Havendo redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do PRÊMIO correspondente ao período remanescente.
  - 14.3.2.** Havendo ampliação do prazo original, esta SEGURADORA deverá se manifestar, no prazo máximo de quinze dias úteis após ser comunicada a respeito, quanto ao interesse na extensão da VIGÊNCIA do seguro.
  - 14.3.3.** Em caso de extinção antecipada da OBRIGAÇÃO, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo esta SEGURADORA ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do PRÊMIO pago referente ao período que não decorreu.
- 14.4.** Sendo o caso de renovação, esta somente poderá ocorrer de forma automática uma única vez e por igual período, salvo se a SEGURADORA ou o ESTIPULANTE comunicar por escrito o desinteresse pela renovação mediante aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da VIGÊNCIA da APÓLICE coletiva.
- 14.5.** Caso a SEGURADORA não tenha interesse em renovar a APÓLICE, deverá comunicar aos SEGURADOS e ao ESTIPULANTE mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de VIGÊNCIA da APÓLICE coletiva.
- 14.6.** A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizerem necessário, desde que realizada pelo ESTIPULANTE e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou ainda a redução dos seus direitos.
- 14.6.1.** Caso haja, na renovação, alterações na APÓLICE que impliquem ônus ou dever para os SEGURADOS ou a redução dos seus direitos, as novas condições devem ser submetidas à anuência prévia e expressa de SEGURADOS que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do GRUPO SEGURADO.
- 14.7.** Ao ESTIPULANTE fica assegurada a prorrogação automática da APÓLICE por período correspondente à CARÊNCIA fixada.
- 14.8.** Será enviado novo CERTIFICADO INDIVIDUAL aos SEGURADOS em cada uma das renovações do Seguro.
- 14.9.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do SEGURADO principal cessa, ainda com o desaparecimento do vínculo entre o SEGURADO principal e o ESTIPULANTE, nos

planos coletivos, e quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

**14.10.** Além das situações mencionadas acima e de outras previstas nas condições gerais e/ou especiais, a cobertura de cada segurado dependente cessa, se for cancelada a respectiva cláusula suplementar; com o cancelamento do seguro do segurado principal; com a morte do segurado principal; no caso de cessação da condição de dependente; e a pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.

#### **15. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL**

O INÍCIO DE VIGÊNCIA da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de ACEITAÇÃO da proposta de adesão, ou a partir de data específica, acordada entre as partes e estabelecida na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, através de cláusula particular, ou da data de recebimento da proposta pela SEGURADORA, caso tenha havido pagamento antecipado do respectivo PRÊMIO.

#### **16. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO**

- 16.1.** Se, após a data estabelecida para pagamento do PRÊMIO, este não tiver sido quitado, as coberturas do seguro estarão automaticamente suspensas a partir do primeiro dia de VIGÊNCIA do período de cobertura a que se referir a cobrança.
- 16.2.** No caso do pagamento dos PRÊMIOS em atraso dentro do prazo máximo de 60 (sessenta) dias, as coberturas ficarão restabelecidas.
- 16.3.** Estará garantida a INDENIZAÇÃO em relação a qualquer sinistro que venha a ocorrer durante o período de suspensão da cobertura, desde que o PRÊMIO correspondente tenha sido quitado no prazo acima estabelecido.
- 16.4.** Os PRÊMIOS em atraso serão cobrados de uma só vez, acrescidos dos encargos contratuais estabelecidos em Cláusula Particular da ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE.
- 16.5.** A reabilitação do Seguro ocorrerá imediatamente com o pagamento do PRÊMIO.

#### **17. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

As garantias do Seguro previstas nestas condições aplicam-se para EVENTOS cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional, exceto para os casos de MORTE que abrangem todo o globo terrestre.

#### **18. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO E LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE**

**18.1.** O LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI) representa o valor máximo de responsabilidade assumida por esta SEGURADORA, com base neste Contrato de Seguro, consequente de determinado evento ou série de eventos ocorridos na vigência do seguro e garantidos pela(s) garantia(s) contratada(s), conforme disposto no CERTIFICADO INDIVIDUAL.

- 18.2.** O LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA da Apólice (LMG), não obstante o LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI), poderá ser estabelecido expressamente na APÓLICE, por SINISTRO ou série de SINISTROS.
- 18.3.** Por acordo entre as partes contratantes poderá haver alteração do LMI ou LMG previstos na APÓLICE.

## **19. CARÊNCIAS**

- 19.1.** O período de CARÊNCIA será contado a partir do INÍCIO DE VIGÊNCIA da cobertura individual ou da sua reabilitação quando suspensa, sendo estabelecido nas Condições Especiais e ficando assegurada a prorrogação automática do seguro por período correspondente à CARÊNCIA.
- 19.2.** Não haverá CARÊNCIA para ACIDENTES PESSOAIS, exceto nos casos de suicídio ou tentativa de suicídio, em que dever ser observada CARÊNCIA de 2 (dois) anos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 19.3.** Caso o GRUPO SEGURADO seja transferido para outra SEGURADORA, não será reiniciada a contagem de novo prazo de CARÊNCIA para os SEGURADOS já incluídos no seguro pela APÓLICE anterior.
- 19.4.** Caso ocorra a morte do SEGURADO durante o período de CARÊNCIA, será devolvido ao BENEFICIÁRIO o PRÊMIO puro do seguro atualizado pela variação positiva do índice previsto na Cláusula 30. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, IPCA/IBGE, pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento dos PRÊMIOS até a data da efetiva restituição.

## **20. FRANQUIAS**

Aplicam-se as FRANQUIAS especificadas nas Condições Especiais deste produto, e/ou na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE, ou Certificado Individual.

## **21. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CONTRATO**

- 21.1.** Poderão ser incluídos no seguro os componentes do GRUPO SEGURÁVEL, mediante a formulação e assinatura da PROPOSTA DE ADESÃO, com preenchimento completo e declaração pessoal de saúde e atividade, bem como a entrega dos documentos que a SEGURADORA julgar necessários para análise dos RISCOS seguráveis.
- 21.2.** Para efeito de ACEITAÇÃO e inclusão de componentes no seguro, deverá ser observado o limite de 70 (setenta) anos de idade para adesão, salvo se a SEGURADORA expressamente aceitar a adesão de pessoa de idade superior a essa.
- 21.3.** Recebida a PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO pela SEGURADORA, com todas as informações exigidas para análise dos RISCOS, terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, para que a SEGURADORA realize a avaliação do RISCO e decida sobre sua ACEITAÇÃO ou recusa.

- 21.3.1.** O prazo será suspenso quando a SEGURADORA solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos RISCOS, sendo reiniciado após a entrega dos mesmos. A requisição de documentação complementar poderá ser feita uma única vez, durante o citado prazo para análise do RISCO.
- 21.4.** O seguro será automaticamente aceito, caso a SEGURADORA não manifeste dentro do prazo de 15 (quinze) dias, de forma expressa ao PROPONENTE, a recusa da proposta de adesão apresentando a devida justificativa.
- 21.5.** Em caso de recusa do RISCO, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de PRÊMIO, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao PROPONENTE, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela pro rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 21.6.** No caso de adoção da contratação eletrônica o envio da proposta se dará conforme o disposto na Cláusula 11. CONTRATAÇÃO
- 21.7.** A cada SEGURADO incluído no seguro será enviado um Certificado Individual, apresentando as informações básicas sobre o plano de seguro.
- 21.8.** Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.
- 21.9.** Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.
- 21.10.** Caso o pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.
- 21.11.** No caso de alterações benéficas ao SEGURADO, será dispensada sua anuência.

## **22. BENEFICIÁRIOS**

- 22.1.** No SEGURO PRESTAMISTA, o BENEFICIÁRIO é o CREDOR da obrigação assumida pelo SEGURADO, que faz jus à INDENIZAÇÃO garantida por este SEGURO, nos limites da obrigação assumida pelo SEGURADO e do CAPITAL SEGURADO contratado.
- 22.2.** Qualquer excedente da INDENIZAÇÃO será pago aos BENEFICIÁRIOS indicados pelo SEGURADO na Proposta de Adesão.
- 22.3.** Os BENEFICIÁRIOS designados para recebimento do excedente da INDENIZAÇÃO podem ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo SEGURADO.
- 22.3.1.** Na falta de indicação expressa de segundo BENEFICIÁRIO, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão BENEFICIÁRIOS aqueles indicados por lei.

## 23. CAPITAL SEGURADO

- 23.1.** Para fins deste seguro, CAPITAL SEGURADO é a importância máxima a ser paga, em função do valor estabelecido para a garantia básica, vigente na data do EVENTO.
- 23.2.** A modalidade de CAPITAL SEGURADO deste plano de seguro é a de Capital Vinculado, que será necessariamente igual ao valor da OBRIGAÇÃO assumida pelo SEGURADO frente ao CREDOR, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- 23.3.** O CAPITAL SEGURADO poderá ser reintegrado após pagamento de indenização mediante cobrança de prêmio adicional.
- 23.4.** Parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do SEGURADO serão incorporados ao valor do CAPITAL SEGURADO e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro BENEFICIÁRIO em caso de SINISTRO coberto.

## 24. CUSTEIO DO SEGURO

Facultativo.

## 25. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 25.1.** Os PRÊMIOS do seguro serão custeados integralmente pelo SEGURADO.
- 25.2.** O PRÊMIO do seguro poderá ser pago em parcela única, de forma fracionada ou em mensalidades, conforme acordado pelas partes contratantes.
- 25.3.** A SEGURADORA poderá delegar ao ESTIPULANTE o recolhimento dos PRÊMIOS, ficando este responsável por seu repasse à SEGURADORA, conforme as condições particulares estabelecidas no contrato particular.
- 25.4.** **É expressamente vedado ao ESTIPULANTE o recolhimento, a título de PRÊMIO, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o PRÊMIO, de outros valores devidos ao ESTIPULANTE, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do PRÊMIO discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.**
- 25.5.** Quando a forma de cobrança do PRÊMIO for o desconto em folha, o empregador, salvo nas situações de cancelamento da APÓLICE, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do SEGURADO, com anuência do ESTIPULANTE.
- 25.6.** O pagamento do PRÊMIO deverá ser efetuado até a data prevista para esse fim no documento de cobrança, o qual será encaminhado pela SEGURADORA diretamente ao Segurado, ou ao ESTIPULANTE quando for o caso, seu representante legal ou, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao CORRETOR de Seguros, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis em relação à data do seu respectivo vencimento.

- 25.7.** Se não houver expediente bancário no dia do vencimento previsto no documento bancário, o pagamento do PRÊMIO deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.
- 25.8.** Iniciada a VIGÊNCIA da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo fixado para o pagamento do PRÊMIO à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito a qualquer INDENIZAÇÃO não ficará prejudicado.
- 25.8.1.** Quando o pagamento da INDENIZAÇÃO acarretar o cancelamento do contrato de Seguro, as parcelas vincendas do PRÊMIO deverão ser deduzidas do valor da INDENIZAÇÃO, excluído o adicional de fracionamento relativo a estas parcelas.
- 25.9.** Configurada a falta de pagamento do PRÊMIO do seguro nos prazos estipulados serão considerados os seguintes critérios.
- 25.9.1.** Quando se tratar de APÓLICE com parcela única, ou da primeira parcela de seguro com PRÊMIO fracionado (esta hipótese não se aplica a plano cujo pagamento do PRÊMIO sob a forma mensal):
- 25.9.1.1.** Cancelamento automático da APÓLICE, independentemente de qualquer interpelação judicial, após comunicação prévia da parte, e, havendo PRÊMIO a ser pago por RISCO decorrido, poderá o mesmo ser cobrado na forma da legislação em vigor, calculado “pro-rata-die”, até o efetivo pagamento, acrescido, ainda, o débito da multa penal, conforme legislação vigente, incidente sobre o total da dívida, sem prejuízo do ressarcimento das despesas que a SEGURADORA tiver de arcar para o recebimento de seu crédito.
- 25.10.** Quando se tratar de seguro com PRÊMIO fracionado – não aplicável a plano com pagamento sob a forma mensal – configurado o não pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de VIGÊNCIA da cobertura será ajustado proporcionalmente em função do PRÊMIO efetivamente pago, conforme período previsto e impresso em cada respectiva parcela do carnê de pagamento do PRÊMIO.
- 25.11.** O atraso no pagamento do PRÊMIO do seguro acarretará no acréscimo de encargos equivalentes à variação positiva do índice previsto na Cláusula 30. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, além de multa de 2% sobre o valor principal, bem como juros de mora equivalente 1,0% a.m. (um por cento ao mês).
- 25.11.1.** Se o SEGURADO retomar o pagamento do PRÊMIO das parcelas ajustadas acrescidas dos em cargos contratualmente previstos, dentro do prazo estabelecido em 25.10, restaura-se o prazo da VIGÊNCIA originalmente contratado.
- 25.11.2.** Ao término do prazo estabelecido em 25.10, sem que o pagamento do PRÊMIO tenha sido retomado mesmo após comunicação prévia dirigida à parte, o contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial.
- 25.12.** O Segurado, ou o ESTIPULANTE quando for o caso, poderá antecipar o pagamento de parcelas a vencer, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

**25.13.** A presente Cláusula prevalece sobre quaisquer outras condições que dispuserem em contrário.

## **26. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO**

- 26.1.** Os CAPITAIS SEGURADOS e respectivos PRÊMIOS do seguro poderão ser reavaliados junto ao ESTIPULANTE, por ocasião da renovação da APÓLICE, com base em critério técnico definido na NOTA TÉCNICA ATUARIAL deste seguro.
- 26.2.** Caso este recálculo dos PRÊMIOS venha acarretar maior ônus ou mais dever para os segurados, deverá ser submetido à anuência prévia e expressa de SEGURADOS que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do GRUPO SEGURADO.
- 26.3.** As contratações com VIGÊNCIA igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.
- 26.4.** Quando o período de VIGÊNCIA do seguro for igual ou superior a um ano, o CAPITAL SEGURADO será atualizado pelo índice pactuado, conforme definido na **Cláusula 33. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA**, desde a data da última atualização do PRÊMIO até a data e ocorrência do respectivo EVENTO gerador.

## **27. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

- 27.1.** Fornecer à SEGURADORA todas as informações necessárias para a análise e ACEITAÇÃO do RISCO, previamente estabelecidas pela SEGURADORA, incluindo dados cadastrais.
- 27.2.** Manter a SEGURADORA informada a respeito dos SEGURADOS, seus dados cadastrais, alterações na natureza do RISCO coberto, bem como quaisquer EVENTOS que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente.
- 27.3.** Fornecer ao SEGURADO, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.
- 27.4.** Discriminar o valor do PRÊMIO do seguro no instrumento de cobrança, na forma abaixo, quando este for de sua responsabilidade.
- 27.5.** Repassar os PRÊMIOS à SEGURADORA, nos prazos estabelecidos contratualmente.
- 27.6.** Repassar aos SEGURADOS todas as comunicações ou avisos inerentes à APÓLICE, quando for diretamente responsável pela sua administração.
- 27.7.** Discriminar o nome da SEGURADORA responsável pelo RISCO, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o SEGURADO.
- 27.8.** Comunicar de imediato à SEGURADORA, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
- 27.9.** Dar ciência aos SEGURADOS dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.

- 27.10.** Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.
- 27.11.** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.
- 27.12.** Informar a razão social ou nome fantasia da SEGURADORA, bem como o percentual de participação no RISCO, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do ESTIPULANTE.
- 27.13.** Fornecer à SEGURADORA e facilitar o seu acesso a toda espécie de informação sobre o estado de saúde do SEGURADO após a ocorrência do sinistro, agindo tanto ESTIPULANTE quanto SEGURADORA em observância à Lei Geral de Proteção de Dados.
- 27.14.** Dar ciência aos SEGURADOS de todos os termos destas Condições Gerais, enviando-lhes cópia integral.
- 27.15.** Comunicar formalmente a Seguradora em caso de extinção antecipada da obrigação, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.
- 27.16.** Nos seguros contributários, o não repasse dos PRÊMIOS à SEGURADORA nos prazos contratualmente estabelecidos não acarreta a suspensão da cobertura e sujeita o ESTIPULANTE ou subestipulante às cominações legais.
- 27.17.** É expressamente vedado ao ESTIPULANTE e ao subestipulante, nos seguros contributários:
- 27.17.1.** Cobrar dos SEGURADOS quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela SEGURADORA.
  - 27.17.2.** Alterar as Condições Contratuais, ou quaisquer outros documentos relativos ao contrato de seguro, sem anuência prévia e expressa do SEGURADO, nos casos em que a alteração implique ônus ou restrição a direito do SEGURADO.
  - 27.17.3.** Substituir a SEGURADORA responsável pelo seguro, fora do aniversário da APÓLICE, sem a prévia anuência dos segurados.
  - 27.17.4.** Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da SEGURADORA e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.
  - 27.17.5.** Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

## **28. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA**

Sem prejuízo de outras obrigações previstas na regulamentação vigente, a SEGURADORA está obrigada a:

- 28.1.** Informar aos SEGURADOS a situação de adimplência do ESTIPULANTE ou subestipulante, se houver, sempre que lhe for solicitado.
- 28.2.** Comunicar aos SEGURADOS os casos de não repasse à SEGURADORA de PRÊMIOS recolhidos pelo ESTIPULANTE nos prazos contratualmente estabelecidos, situação que não acarretará a perda do direito à INDENIZAÇÃO.

- 28.3.** Prestar ao ESTIPULANTE, e a cada componente do grupo SEGURADO, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.
- 28.4.** Emitir o CERTIFICADO INDIVIDUAL, do qual constarão os elementos mínimos identificadores da operação, que servirá como documento contratual do seguro.
- 28.5.** Emitir comunicação formal ao SEGURADO ou a seu representante, caso receba aviso de agravação de risco, acerca de cancelamento do seguro, de restrição da cobertura ou de cobrança de diferença de prêmio cabível, respeitando o prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso.

### **29. REMUNERAÇÃO AO ESTIPULANTE**

Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao ESTIPULANTE, deverá constar da proposta de adesão e no certificado individual o seu percentual ou valor, devendo o SEGURADO ser informado também sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

### **30. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 30.1.** A INDENIZAÇÃO será paga mediante quitação do saldo devedor do SEGURADO na data do sinistro.
- 30.2.** Havendo valor remanescente entre o CAPITAL SEGURADO e o saldo devedor da OBRIGAÇÃO garantida na APÓLICE, a diferença será paga de uma só vez ao SEGURADO.
- 30.3.** Correrão obrigatoriamente por conta da SEGURADORA, até os limites máximos de INDENIZAÇÃO estabelecidos, os valores correspondentes às despesas de salvamento comprovadamente realizadas pelo SEGURADO durante e/ou após a ocorrência de um sinistro, bem como os danos patrimoniais comprovadamente causados pelo SEGURADO e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro ou minorar o dano.

### **31. REGULAÇÃO DE SINISTRO**

Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá ser ele imediatamente comunicado pelo Segurado, ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIO ou Representante Legal, através do formulário AVISO DE SINISTRO (caso não seja fonado), ou outro meio idôneo, apresentando-se ainda documento de identificação válido em território nacional e CPF do SEGURADO e/ou BENEFICIÁRIO.

- 31.1.** Da comunicação deverão constar: a data, hora, local e a causa do EVENTO.
- 31.2.** O Segurado, BENEFICIÁRIO ou Representante Legal, para recebimento da INDENIZAÇÃO, deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, apresentando todos os documentos listados nesta Cláusula.
- 31.3.** A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do SEGURADO ou BENEFICIÁRIOS, a SEGURADORA terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.
- 31.4.** O não pagamento da INDENIZAÇÃO no prazo acima previsto, acarretará a atualização dos valores com base na variação positiva do índice previsto na CLÁUSULA 33. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, com apuração entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da OBRIGAÇÃO até

aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescido de multa de 2% sobre o valor principal, além da aplicação de juros de mora equivalente 1,0% a.m. (um por cento ao mês), a partir da data do inadimplemento.

- 31.5.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 31.6.** Para fins deste seguro, considera-se data do EVENTO para fins de determinação do CAPITAL SEGURADO, quando da liquidação dos sinistros.
- 31.7.** Para as coberturas de ACIDENTES PESSOAIS, a data do ACIDENTE.
- 31.7.1.** Para a cobertura de invalidez não consequente de ACIDENTE, a data indicada na declaração médica.
- 31.7.2.** No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, se cobertas por este seguro, deverão ser aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa.
- 31.7.3.** O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo SEGURADO, respeitando-se o limite de CAPITAL SEGURADO estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 31.8.** É facultado à SEGURADORA, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.
- 31.9.** Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correm por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela SEGURADORA.
- 31.10.** Os atos ou providências que a SEGURADORA praticar, após o sinistro avisado, não importam, por si só, no reconhecimento da OBRIGAÇÃO de pagar qualquer INDENIZAÇÃO.
- 31.11.** Para sinistro ocorrido no exterior, os eventuais encargos na tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 31.12.** A ocorrência do sinistro deverá ser comprovada mediante a apresentação dos documentos listados nas respectivas Coberturas Básicas e Coberturas Adicionais, bem como por meio da apresentação de quaisquer outros documentos necessários à elucidação do estado de saúde do SEGURADO.
- 31.13.** O prazo para a liquidação dos sinistros é de trinta dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos nesta Cláusula 28 – REGULAÇÃO DE SINISTRO.
- 31.13.1.** No caso de solicitação de documentação complementar, o prazo de que trata o caput será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

**31.13.2.** O não pagamento da indenização no prazo previsto no caput implicará aplicação de juros de mora a partir daquela data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

## **32. JUNTA MÉDICA**

**32.1.** No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas ao presente seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice, será proposta pela SEGURADORA, por meio de correspondência escrita ao Segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela ALIANÇA DA BAHIA, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

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

**32.2.** Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo SEGURADO e pela SEGURADORA.

## **33. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA**

**33.1.** Conforme definição em Cláusula Particular da APÓLICE, os capitais e os PRÊMIOS correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da APÓLICE, pela variação positiva do IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acumulada nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior, exceto para as APÓLICES que possuam recálculo do CAPITAL SEGURADO pela variação salarial.

**33.2.** No caso de extinção do índice acima especificado, deverá ser utilizado o IPC/FGV (Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas).

## **34. SUB-ROGAÇÃO**

No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

## **35. COMUNICAÇÕES**

**35.1.** As comunicações do SEGURADO ou do ESTIPULANTE serão válidas quando realizadas por meio idôneo.

**35.2.** As comunicações da SEGURADORA se consideram válidas quando dirigidas ao endereço informado pelo SEGURADO ou pelo ESTIPULANTE.

### **36. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 36.1.** O presente contrato guarda conformidade com a legislação vigente sobre a proteção de dados pessoais, e com a determinação do órgão regulador e fiscalizador, em especial à Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).
- 36.2.** O SEGURADO reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais de saúde serão usados e analisados pela SEGURADORA para ACEITAÇÃO ou não do RISCO, e sendo formalizado o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados para o fim único da execução do Contrato de Seguro, podendo ser as referidas informações compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do Contrato de Seguro (por ex. assistência, regulação de sinistro, corretora, ESTIPULANTE, etc). Os dados dos SEGURADOS serão guardados com zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto na legislação pertinente.
- 36.3.** O SEGURADO, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter acesso em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA a qualquer momento e mediante pedido expresso.
- 36.4.** Está o SEGURADO ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do endereço de e-mail atendimento@alba.com.br.
- 36.5.** Esta SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do SEGURADO além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a LGPD mencionada.

### **37. PRESCRIÇÃO**

Decorridos os prazos estabelecidos em lei, opera-se a prescrição.

### **38. FORO**

- 38.1.** Fica eleito o foro da comarca do domicílio do SEGURADO ou do BENEFICIÁRIO, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas e questões judiciais provenientes direta ou indiretamente deste seguro.
- 38.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS APLICÁVEIS ÀS COBERTURAS BÁSICAS COBERTURA BÁSICA DE MORTE

### 1. OBJETIVO

- 1.1.** Observadas as demais disposições desta Cobertura Básica e das CONDIÇÕES GERAIS, o objetivo desta cobertura é garantir aos BENEFICIÁRIOS indicados na APÓLICE/Certificado Individual de Seguro para esta cobertura o pagamento de uma INDENIZAÇÃO equivalente ao CAPITAL SEGURADO contratado para a mesma, em caso de falecimento do SEGURADO durante a VIGÊNCIA do seguro, desde que não decorrente de uma exclusão expressa.
- 1.2.** O valor da INDENIZAÇÃO será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do EVENTO, não incluindo parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da OBRIGAÇÃO por parte do segurado.
- 1.3.** Não haverá a garantia de INDENIZAÇÃO de que trata o item 1.1., desta Cobertura Básica, se a morte do SEGURADO for consequência de qualquer dos Riscos Excluídos previstos nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda de Direitos prevista nas referidas CONDIÇÕES GERAIS ou na legislação em vigor.

### 2. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA

São elegíveis à cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas integrantes do Grupo Segurado que se encontrem em plena atividade profissional, perfeitas condições de saúde e atendam aos limites mínimos e máximo de idade estabelecidos nas condições contratuais da Apólice, respeitado o mínimo de 14 (quatorze anos).

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**FICAM RATIFICADAS AS EXCLUSÕES CONSTANTES DA CLÁUSULA 6. RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PRODUTO.**

### 4. CAPITAL SEGURADO

O valor do Capital SEGURADO inicial da Cobertura Básica de Morte é referido no Certificado Individual em expressão da moeda nacional, e acompanha a variação da dívida do SEGURADO.

### 5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

Na hipótese de contratação da Cobertura Básica de Morte juntamente com qualquer das Coberturas Adicionais deste Seguro, ocorrendo o Sinistro coberto, não haverá acúmulo de INDENIZAÇÃO.

## 6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 6.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de INDENIZAÇÃO, com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do EVENTO, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da OBRIGAÇÃO por parte do SEGURADO.
- 6.2. O pagamento de uma INDENIZAÇÃO ao CREDOR limita-se ao valor do CAPITAL SEGURADO contratado para esta cobertura, destinada à liquidação da totalidade do saldo devedor da dívida ou compromisso do SEGURADO perante o CREDOR e constante do Certificado Individual.
- 6.3. A INDENIZAÇÃO será líquida de valores referentes a parcelas vencidas e não pagas na data da ocorrência do sinistro, bem como dos seus encargos financeiros.

## 7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme escrito na Cláusula 31. REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais, devendo ser apresentados, ainda, os seguintes documentos:

- 7.1. Formulário de AVISO DE SINISTRO devidamente preenchido (Documento fornecido pela SEGURADORA).
- 7.2. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado.
- 7.3. Cópia do documento de identificação válido em território nacional, CPF e comprovante de residência do SEGURADO sinistrado.
- 7.4. Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pelo CREDOR da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que oriundo do próprio CREDOR.
- 7.5. Registro de Ocorrência Policial (ou CAT se ACIDENTE dentro da empresa).
- 7.6. Caso o SEGURADO seja o condutor do meio de transporte envolvido no ACIDENTE, e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, cópia do documento obrigatório de habilitação, válido no país em que ocorreu o ACIDENTE.
- 7.7. Laudo da Perícia Técnica do local do ACIDENTE.
- 7.8. Laudo (s) do IML – Instituto Médico Legal.
- 7.9. Laudo do Exame Necroscópico.
- 7.10. Laudo de Reconhecimento de Cadáver, caso a morte tenha ocorrido por carbonização ou, quando realizado, exame de DNA ou qualquer outro exame para reconhecimento do corpo do segurado.
- 7.11. Laudo dos exames complementares do IML (alcoólico e toxicológico).
- 7.12. Caso os laudos mencionados acima não tenham sido realizados, enviar declaração do órgão competente informado a não realização dos exames.

- 7.13.** Formulário de Autorização para Crédito.
- 7.14.** Guia de recolhimento do FGTS.
- 7.15.** Declaração de Pessoas Expostas Politicamente do segundo BENEFICIÁRIO, se for o caso.
- 7.16.** Certidão de casamento do SEGURADO falecido ou declaração que ateste a condição de companheiro(a) (quando o BENEFICIÁRIO for o cônjuge), certidão de nascimento dos filhos (quando os BENEFICIÁRIOS forem os filhos) ou certidão de nascimento do funcionário (quando os BENEFICIÁRIOS forem os pais).
- 7.17.** Documento de identificação válido em território nacional e CPF do(s) BENEFICIÁRIO(s).

## **8. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental (MA). Esta Cobertura faz parte integrante das CONDIÇÕES GERAIS do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas CONDIÇÕES GERAIS que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

## COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL

### 1. OBJETIVO

- 1.1. Observadas as demais disposições desta Cobertura Básica e das CONDIÇÕES GERAIS, o objetivo desta cobertura é garantir aos BENEFICIÁRIOS indicados na APÓLICE/Certificado Individual de Seguro para esta cobertura o pagamento de uma INDENIZAÇÃO equivalente ao CAPITAL SEGURADO contratado para a mesma, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro em caso de morte acidental do mesmo, desde que não decorrente de uma exclusão expressa.
- 1.2. O valor da INDENIZAÇÃO será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do EVENTO, não incluindo parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da OBRIGAÇÃO por parte do SEGURADO.
- 1.3. Não haverá a garantia de INDENIZAÇÃO de que trata o item 1.1. desta Cobertura Básica se a morte do SEGURADO for consequência de qualquer dos Riscos Excluídos previstos nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda de Direitos à INDENIZAÇÃO prevista nas referidas CONDIÇÕES GERAIS ou na legislação em vigor.

### 2. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA

São elegíveis à cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas integrantes do Grupo Segurado que se encontrem em plena atividade profissional, perfeitas condições de saúde e atendam aos limites mínimos e máximo de idade estabelecidos nas condições contratuais da Apólice, respeitado o mínimo de 14 (quatorze anos).

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**FICAM RATIFICADAS AS EXCLUSÕES CONSTANTES DA CLÁUSULA 6. RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA PRODUTO, EXCLUINDO-SE, AINDA:**

- 2.1. **EVENTOS QUE NÃO SE INCLUEM NO CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 3.3 DE DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS.**
- 2.2. **INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DE REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, AINDA QUE DE CARÁTER ESTÉTICO, ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, ACIDENTES MÉDICOS E SIMILARES E EPILEPSIA, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO.**
- 2.3. **MUTILAÇÃO VOLUNTÁRIA E PREMEDITADA OU SUA TENTATIVA.**
- 2.4. **ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.**
- 2.5. **ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, SEJA O CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.**

- 2.6. INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES DECORRENTES DE PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS.**
- 2.7. AUTOLESÕES, OU SEJA, MUTILAÇÃO DO PRÓPRIO CORPO E DOAÇÕES OU EXTRAÇÕES DE ÓRGÃO QUE IMPLIQUEM DIMINUIÇÃO PERMANENTE DA INTEGRIDADE FÍSICA DO SEGURADO, SALVO POR EXIGÊNCIA MÉDICA.**
- 2.8. TODO E QUALQUER TIPO DE CURETAGEM UTERINA.**
- 2.9. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.**
- 2.10. VIAGENS EM AERONAVES NÃO HOMOLOGADAS OU QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE; EM AERONAVES OFICIAIS OU MILITARES EM OPERAÇÕES QUE NÃO SEJAM DE SIMPLES TRANSPORTE OU DE CONDUÇÃO DE AUTORIDADES OU DE PASSAGEIROS; EM AERONAVES FURTADAS, SEQUESTRADAS OU DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, EXCETO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE DE AUXÍLIO DE OUTREM OU SALVO QUANDO TAL(IS) ATIVIDADE(S) TENHA(M) SIDO DECLARADA(S) PELO SEGURADO E A ALIANÇA DA BAHIA TENHA JULGADO O RISCO ACEITO.**
- 2.11. ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, FOR CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.**
- 2.12. ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, EXCETO SE DECORRENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, PRÁTICA DE ESPORTE (EXCLUINDO-SE OS CASOS QUE IMPORTAM IMPRUDÊNCIA OU AGRAVAÇÃO DE RISCO NÃO COMUNICADO) OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.**

#### **4. CAPITAL SEGURADO**

O valor do CAPITAL SEGURADO inicial da Cobertura Básica de Morte Acidental é referido no Certificado Individual em expressão da moeda nacional, e acompanha a variação da dívida do SEGURADO.

#### **5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

Na hipótese de contratação da Cobertura Básica de Morte Acidental juntamente com qualquer das Coberturas Adicionais deste Seguro, ocorrendo o Sinistro coberto, não haverá acúmulo de INDENIZAÇÃO.

#### **6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de INDENIZAÇÃO, com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do EVENTO, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da OBRIGAÇÃO por parte do SEGURADO.

## 7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme escrito na Cláusula 31. REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais, devendo ser apresentados, ainda, os seguintes documentos:

- 7.1.** Formulário de AVISO DE SINISTRO devidamente preenchido (Documento fornecido pela SEGURADORA).
- 7.2.** Cópia da Certidão de Óbito.
- 7.3.** Cópia de documento de identificação válido em território nacional, CPF e comprovante de residência do SEGURADO.
- 7.4.** Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pelo CREDOR da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico desde que oriundo da própria instituição CREDORA da dívida.
- 7.5.** Registro de Ocorrência Policial (ou CAT se ACIDENTE dentro da empresa).
- 7.6.** Caso o SEGURADO seja o condutor do meio de transporte envolvido no ACIDENTE, de qualquer modalidade que exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento de habilitação obrigatório, válido no país em que ocorreu o ACIDENTE.
- 7.7.** Laudo da Perícia Técnica do local do ACIDENTE.
- 7.8.** Laudo (s) do IML – Instituto Médico Legal.
- 7.9.** Laudo do Exame Necroscópico.
- 7.10.** Laudo de Reconhecimento de Cadáver, caso a morte tenha ocorrido por carbonização ou, quando realizado, exame de DNA ou qualquer outro exame para reconhecimento do corpo do segurado.
- 7.11.** Laudo dos exames complementares do IML (alcoólico e toxicológico).
- 7.12.** Caso os laudos mencionados acima não tenham sido realizados, enviar declaração do órgão competente informado a não realização dos exames.
- 7.13.** Formulário de Autorização para Crédito.
- 7.14.** Questionário de Pessoas Exposta Politicamente do segundo BENEFICIÁRIOS, se for o caso.
- 7.15.** Certidão de casamento do SEGURADO falecido ou declaração que ateste a condição de companheiro(a) (quando o BENEFICIÁRIO for o cônjuge), certidão de nascimento dos filhos (quando os BENEFICIÁRIOS forem os filhos) ou certidão de nascimento do funcionário (quando os BENEFICIÁRIOS forem os pais).
- 7.16.** Documento de identificação válido em território nacional e CPF do(s) BENEFICIÁRIO(s).

## 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Contratuais do Seguro. As normas constantes desta

Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas CONDIÇÕES GERAIS que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

## COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

### 1. OBJETIVO

- 1.1.** Observadas as demais disposições desta Cobertura Básica e das CONDIÇÕES GERAIS, o objetivo desta cobertura é garantir aos BENEFICIÁRIOS indicados na APÓLICE/ Certificado Individual de Seguro o pagamento do CAPITAL SEGURADO contratado ao próprio segurado, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de ACIDENTE PESSOAL coberto durante a vigência do seguro, excetuando se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as CONDIÇÕES GERAIS e as demais Disposições contratuais, estando o CAPITAL SEGURADO limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2.** Configuram a Invalidez Permanente Total por ACIDENTE a perda, ou redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, em virtude de lesão física causada por ACIDENTE PESSOAL coberto que resulte em:
  - 1.2.1.** Perda total da visão de ambos os olhos.
  - 1.2.2.** Perda total do uso de ambos os braços.
  - 1.2.3.** Perda total do uso de ambas as pernas.
  - 1.2.4.** Perda total do uso de ambas as mãos.
  - 1.2.5.** Perda total do uso de um braço e uma perna.
  - 1.2.6.** Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés.
  - 1.2.7.** Perda total do uso de ambos os pés.
  - 1.2.8.** Alienação mental total e incurável, quando resultante direta e exclusivamente
  - 1.2.9.** Nefrectomia bilateral.
  - 1.2.10.** Caso haja diferença positiva entre o CAPITAL SEGURADO e o saldo devedor na data de caracterização do evento coberto, essa diferença será paga ao próprio SEGURADO.

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS APRESENTADOS NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DA PRESENTE COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETOS OU INDIRETOS DE E/OU RELACIONADOS A:**

- 2.1. USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOSÕES NUCLEARES PROVOCADAS OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES.**

- 2.2. SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA, OU DA RECONDUÇÃO DO CONTRATO, QUANDO SUSPENSO, CONTADOS, ALTERNATIVAMENTE:**
  - 2.2.1. DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO.**
  - 2.2.2. DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO. NESTA HIPÓTESE A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO.**
- 2.3. ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, OU AINDA PELOS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES DO CREDOR.**
- 2.4. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE.**
- 2.5. PRÁTICA DE ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETUANDO-SE OS CASOS QUE PROVIEREM DA UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADOS, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.**
- 2.6. EVENTOS CAUSADOS PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI.**
- 2.7. EVENTOS CAUSADOS PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR.**
- 2.8. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.**
- 2.9. EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO.**
- 2.10. TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, INCLUSIVE DECORRENTE DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO.**
- 2.11. PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO.**
- 2.12. DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS.**
- 2.13. COMPETIÇÕES EM QUALQUER TIPO DE VEÍCULO, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS, EXCETO QUANDO DECORRENTES DA PRÁTICA DE ESPORTES EM EVENTOS OFICIAIS E FEDERADOS COM APARATO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA.**
- 2.14. AUTOMUTILAÇÕES E LESÕES PREMEDITADAS E VOLUNTÁRIAS AUTOINFLIGIDAS, BEM COMO SUAS TENTATIVAS, ESTANDO O SEGURADO MENTALMENTE DOENTE OU SÃO.**
- 2.15. TRATAMENTOS OU EXAMES MÉDICOS, CLÍNICOS, CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM MOTIVADOS POR ACIDENTE COBERTO PELO SEGURO.**
- 2.16. ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.**

- 2.17. ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, ACIDENTES MÉDICOS E SIMILARES E EPILEPSIA.**
- 2.18. ACIDENTES EM QUE O SEGURADO, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO, SEJA O CONDUTOR DO VEÍCULO, SEJA TERRESTRE, AÉREO OU NÁUTICO.**
- 2.19. INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES DECORRENTES DE DANOS ESTÉTICOS;**
- 2.20. AUTOLESÕES, OU SEJA, MUTILAÇÃO DO PRÓPRIO CORPO E DOAÇÕES OU EXTRAÇÕES DE ÓRGÃO QUE IMPLIQUEM DIMINUIÇÃO PERMANENTE DA INTEGRIDADE FÍSICA DO SEGURADO, SALVO POR EXIGÊNCIA MÉDICA.**
- 2.21. TODO E QUALQUER TIPO DE CURETAGEM UTERINA.**

### **3. CAPITAL SEGURADO**

- 3.1.** O CAPITAL SEGURADO para esta Cobertura será expresso pelo valor da OBRIGAÇÃO a que o seguro está atrelado.
- 3.2.** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do EVENTO, para efeito de determinação do CAPITAL SEGURADO, a data da ocorrência do ACIDENTE, não prevalecendo qualquer alteração de CAPITAL SEGURADO efetuada posteriormente ao ACIDENTE.

### **4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

Na hipótese de contratação da Cobertura Básica de Invalidez Permanente Total por ACIDENTE juntamente com qualquer das Coberturas Adicionais deste Seguro, ocorrendo o Sinistro coberto, não haverá acúmulo de INDENIZAÇÃO.

### **5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 5.1.** O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de INDENIZAÇÃO, com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do EVENTO, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da OBRIGAÇÃO por parte do SEGURADO.
- 5.2.** O pagamento de qualquer INDENIZAÇÃO por invalidez permanente total por ACIDENTE estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do SEGURADO (ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação) e constatada e avaliada a existência de invalidez permanente quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 5.3.** A invalidez permanente total por ACIDENTE será avaliada e declarada pela seguradora, devendo o SEGURADO apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.

- 5.4. A SEGURADORA reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do EVENTO arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o SEGURADO.
- 5.5. Para efeito de INDENIZAÇÃO, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do ACIDENTE PESSOAL deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

## 6. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme escrito na Cláusula 31. REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais, devendo ser apresentados, ainda, os seguintes documentos:

- 6.1. Formulário de AVISO DE SINISTRO devidamente preenchido (Documento fornecido pela SEGURADORA) e assinado pelo SEGURADO.
- 6.2. Cópia do documento de identificação válido em território nacional, CPF e comprovante de residência do segurado.
- 6.3. Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pelo CREDOR da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico desde que oriundo da própria instituição CREDORA da dívida.
- 6.4. Registro de Ocorrência Policial (ou CAT se ACIDENTE dentro da empresa).
- 6.5. Caso o SEGURADO seja o condutor do meio de transporte envolvido no ACIDENTE, de qualquer modalidade que exija habilitação para sua condução, enviar cópia do documento de habilitação obrigatório, válido no país em que ocorreu o ACIDENTE.
- 6.6. Laudo do Exame Toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- 6.7. Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a Invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do Grau de Invalidez.
- 6.8. Declaração do SEGURADO com a informação de telefone e de e-mail, caso houver.
- 6.9. Questionário de Pessoas Exposta Politicamente do segundo BENEFICIÁRIOS, se for o caso.
- 6.10. Laudo médico definitivo com a descrição da lesão e o grau de invalidez.
- 6.11. Declaração médica constatando o caráter permanente e o grau da invalidez por ACIDENTE, bem como comprovante de reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total por ACIDENTE emitido pelo órgão de Previdência Oficial (INSS). **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**
- 6.12. Guia de recolhimento do FGTS.
- 6.13. Do CREDOR:
  - 6.13.1. Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações.

- 6.13.2.** Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP).
- 6.13.3.** Correspondência com saldo devedor trazido ao valor presente da data do EVENTO.
- 6.14.** A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 6.15.** Cópia do contrato de financiamento de planilha contemplando a evolução do saldo devedor.
- 6.16.** PARA TODOS OS EFEITOS DESTA COBERTURA, A SEGURADORA NÃO ACEITARÁ DOCUMENTOS EMITIDOS POR MÉDICOS QUE GUARDEM PARENTESCO COM O SEGURADO, O BENEFICIÁRIO OU O ESTIPULANTE.

## **7. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Esta Cobertura faz parte integrante das CONDIÇÕES GERAIS do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas CONDIÇÕES GERAIS que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

## **8. COMPROVAÇÃO**

No caso de SINISTRO que envolva Invalidez Permanente Total por ACIDENTE e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a SEGURADORA deverá propor ao SEGURADO, por meio de correspondência escrita ou por qualquer meio que se possa comprovar, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do SEGURADO, a constituição de junta médica, formada por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela SEGURADORA, outro pelo SEGURADO e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

- 8.1.** 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.
- 8.2.** A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo SEGURADO.
- 8.3.** Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempassador, se houver divergência.
- 8.4.** As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez permanente total por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o sinistro. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 8.5.** PARA TODOS OS EFEITOS DESTA COBERTURA, A SEGURADORA NÃO ACEITARÁ DOCUMENTOS EMITIDOS POR MÉDICOS QUE GUARDEM PARENTESCO COM O SEGURADO, O BENEFICIÁRIO OU O ESTIPULANTE.

## **COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)**

### **1. OBJETIVO**

- 1.1.** Observadas as demais disposições desta Cobertura Básica e das CONDIÇÕES GERAIS, o objetivo desta cobertura é garantir ao SEGURADO o pagamento do CAPITAL SEGURADO em caso de invalidez funcional permanente total por doença ocorrida durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda da existência independente, desde que não decorrente de uma exclusão expressa (Riscos Excluídos). Entende-se como “invalidez funcional permanente total por doença” aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, que possibilite ao SEGURADO exercer qualquer atividade funcional ou, ainda, os casos de doença em fase terminal atestados por profissional legalmente habilitado, desde que essa doença não seja preexistente.
- 1.2.** Para todos os efeitos, é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da presente cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 1.3.** O valor da INDENIZAÇÃO será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data indicada na declaração médica que constate a invalidez, não incluindo parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da OBRIGAÇÃO por parte do segurado.
- 1.4.** Não haverá a garantia de INDENIZAÇÃO de que trata o item 1.1., desta Cobertura Básica, se a INVALIDEZ FUNCIONAL (IFPD) do SEGURADO for consequência de qualquer dos Riscos Excluídos previstos nas CONDIÇÕES GERAIS deste Seguro, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda de Direitos previstas nas referidas CONDIÇÕES GERAIS ou na legislação em vigor.
- 1.5.** Após o pagamento do CAPITAL SEGURADO da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o SEGURADO sinistrado será imediata e automaticamente cancelado, permanecendo ativos os demais segurados.
- 1.6.** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de PRÊMIOS.

### **2. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA**

**São elegíveis à cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas integrantes do Grupo Segurado que se encontrem em plena atividade profissional, perfeitas condições de saúde e atendam**

aos limites mínimos e máximo de idade estabelecidos nas condições contratuais da Apólice, respeitado o mínimo de 14 (quatorze anos).

### **3. RISCOS COBERTOS**

Para fins desta garantia a Perda da Existência Independente do SEGURADO será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do SEGURADO. Assim, consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotado pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, e atestados por médico legalmente habilitado.

- 3.1.** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”.
- 3.2.** Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico.
- 3.3.** Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico.
- 3.4.** Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença em que configure a necessidade de expedição do termo de curatela.
- 3.5.** Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo.
- 3.6.** Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.
- 3.7.** Deficiência visual, decorrente de doença:
  - 3.7.1.** Na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
  - 3.7.2.** Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
  - 3.7.3.** Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.
  - 3.7.4.** Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- 3.8.** Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- 3.9.** Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
  - 3.9.1.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros.

- 3.9.2.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés.
- 3.9.3.** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.10.** O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença deve ser comprovado através de parâmetros e documentos do médico-assistente do SEGURADO, justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhado dos laudos e dos resultados de exames clínicos a que o SEGURADO tiver se submetido.
- 3.11.** Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, indicado a seguir, que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.12.** O IAIF é composto por duas tabelas:
- 3.12.1.** A Tabela 1, de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia, através de escalas compreendendo três graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do SEGURADO na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão – obrigatoriamente – avaliados e pontuados.
- 3.12.2.** A Tabela 2, de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

**TABELA 1 DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAS E DE ESTADOS CONEXOS.**

**RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO**

**1º GRAU:**

O SEGURADO mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; de ambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.

00

**2º GRAU:**

O SEGURADO apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as

10

atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	
<p><b>3º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.</p>	20
<b>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</b>	
<p><b>1º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.</p>	00
<p><b>2º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.</p>	10
<p><b>3º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou auxílio técnico.</p>	20
<b>CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</b>	
<p><b>1º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	00

<p><b>2º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).</p>	10
<p><b>3º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diário, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.</p>	20

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

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

**ESTÃO EXCLUÍDOS DESTA GARANTIA, ALÉM DOS RISCOS DESCRITOS CONFORME ITEM DAS CONDIÇÕES GERAIS, OS EVENTOS DESCRITOS ABAIXO, AINDA QUE REDUNDANDO EM QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTÔNOMICAS O SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE.**

**4.1. A PERDA, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA**

**DIRETA E OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL.**

- 4.2. OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL.**
- 4.3. A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.**
- 4.4. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, ASSIM COMO POR ÓRGÃOS DO PODER PÚBLICO E POR OUTRAS INSTITUIÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS, NÃO CARACTERIZA, POR SI SÓ, QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE COMPROVE A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.**
- 4.5. A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR PERÍCIAS E/OU JUNTAS MÉDICAS QUE SE BASEIEM NA CARACTERIZAÇÃO DA INCAPACIDADE DE NATUREZA PROFISSIONAL COMO MEDIDA PARA OFICIALIZAÇÃO DE AFASTAMENTOS LABORATIVOS, ASSIM COMO QUAISQUER OUTROS RESULTADOS QUE SEJAM SUBSIDIADOS POR ELEMENTOS MÉDICOS CARACTERÍSTICOS APENAS DE GRAUS DE INCAPACIDADES PARCIAIS.**

## **5. CAPITAL SEGURADO**

O valor do CAPITAL SEGURADO inicial desta Cobertura Básica de INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD) é referido no Certificado Individual em expressão da moeda nacional, e acompanha a variação da dívida do SEGURADO.

## **6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

Na hipótese de contratação desta Cobertura Básica de INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD) juntamente com qualquer das Coberturas Adicionais deste Seguro, ocorrendo o Sinistro coberto, não haverá acúmulo de INDENIZAÇÃO.

## **7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente por Doença pela SEGURADORA, o pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de INDENIZAÇÃO, com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do EVENTO, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da OBRIGAÇÃO por parte do segurado.

## **8. REGULAÇÃO DE SINISTRO**

Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme escrito na Cláusula 31. REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais, devendo ser apresentados, ainda, os seguintes documentos:

- 8.1. Formulário de AVISO DE SINISTRO, preenchido pelo SEGURADO e Declaração Médica devidamente preenchida pelo médico assistente do segurado.**

- 8.2.** Documento de identificação válido em território nacional, CPF e Comprovante de Residência do SEGURADO.
- 8.3.** Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição CREDORA da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico desde que oriundo da própria instituição CREDORA da dívida.
- 8.4.** Registro de Ocorrência policial.
- 8.5.** Laudo médico pormenorizado descrevendo diagnóstico inicial, tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do SEGURADO.
  - 8.5.1.** PARA TODOS OS EFEITOS DESTA COBERTURA, A SEGURADORA NÃO ACEITARÁ DOCUMENTOS EMITIDOS POR MÉDICOS QUE GUARDEM PARENTESCO COM O SEGURADO, O BENEFICIÁRIO OU O ESTIPULANTE.
- 8.6.** Exames médicos realizados e de controle da patologia (atuais).
- 8.7.** Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL IAIF.
- 8.8.** Formulário de Autorização para Crédito.
- 8.9.** Questionário de Pessoas Expostas Politicamente.
- 8.10.** Guia de recolhimento do FGTS.

## **9. COMPROVAÇÃO**

- 9.1.** No caso de SINISTRO que envolva Invalidez Permanente Total por ACIDENTE e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a SEGURADORA deverá propor ao SEGURADO, por meio de correspondência escrita ou por qualquer meio que se possa comprovar, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do SEGURADO, a constituição de junta médica, formada por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela SEGURADORA, outro pelo SEGURADO e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.
  - 9.1.1.** 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.
  - 9.1.2.** A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo SEGURADO.
  - 9.1.3.** Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempataador, se houver divergência.
  - 9.1.4.** As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total por ACIDENTE são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela SEGURADORA, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Sinistro. AS PROVIDÊNCIAS QUE A SEGURADORA TOMAR, VISANDO ESCLARECER AS CIRCUNSTÂNCIAS

DO SINISTRO, NÃO CONSTITUEM ATO DE RECONHECIMENTO DA OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGUADO.

- 9.2. O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovado por meio de parâmetros e documentos do médico-assistente justificando o estado de invalidez do Segurado, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos a que o mesmo tiver se submetido.
- 9.3. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), sendo que, para constatação, deverá ser atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 9.4. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.
- 9.4.1. A primeira, **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, permite avaliar, por meio de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 9.4.2. A segunda, **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade**, valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
- 9.5. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

**TABELA 1- TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
-----------	---------	--------

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p><b>1º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00
	<p><b>2º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p><b>3º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p><b>1º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p><b>2º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p><b>3º GRAU:</b></p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

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

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

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

- 9.6.** PARA TODOS OS EFEITOS DESTA COBERTURA, A SEGURADORA NÃO ACEITARÁ DOCUMENTOS EMITIDOS POR MÉDICOS QUE GUARDEM PARENTESCO COM O SEGURADO, O BENEFICIÁRIO OU O ESTIPULANTE.
- 9.7.** A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, ÓRGÃOS DO PODER PÚBLICO OU OUTRAS INSTITUIÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS, NÃO CARACTERIZA, POR SI SÓ, QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE COMPROVE A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA, O QUAL DEVE SER COMPROVADO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DISCRIMINADOS NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS, BEM COMO NAS CONDIÇÕES GERAIS.
- 9.8.** A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR PERÍCIAS E/OU JUNTAS MÉDICAS QUE SE BASEIEM NA CARACTERIZAÇÃO DA INCAPACIDADE DE NATUREZA PROFISSIONAL COMO MEDIDA PARA OFICIALIZAÇÃO DE AFASTAMENTOS LABORATIVOS, ASSIM COMO QUAISQUER OUTROS RESULTADOS QUE SEJAM SUBSIDIADOS POR ELEMENTOS MÉDICOS CARACTERÍSTICOS APENAS DE GRAUS DE INCAPACIDADES PARCIAIS.

## 10. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Cobertura faz parte integrante das CONDIÇÕES GERAIS do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas CONDIÇÕES GERAIS que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

## COBERTURA BÁSICA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

### 1. OBJETIVO

- 1.1. Observadas as demais disposições desta Cobertura Adicional e das CONDIÇÕES GERAIS, o objetivo desta cobertura é garantir ao SEGURADO o pagamento de uma INDENIZAÇÃO em caso de rescisão do seu Contrato de Trabalho, pelo seu empregador, não motivada por justa causa, desde que não decorrente de uma exclusão expressa.
- 1.2. Não se inclui nesta cobertura desemprego decorrente da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.

### 2. ELEGIBILIDADE DA COBERTURA

São elegíveis à cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas integrantes do Grupo Segurado que se encontrem em plena atividade profissional, perfeitas condições de saúde e atendam aos limites mínimos e máximo de idade estabelecidos nas condições contratuais da Apólice, respeitado o mínimo de 18 (dezoito) anos.

### 3. CONDIÇÕES DE COBERTURA

- 3.1. São elegíveis a esta cobertura os SEGURADOS com vínculo empregatício exclusivamente no regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) com período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.
  - 3.1.1. A qualquer tempo, se constatado pela SEGURADORA que o SEGURADO não tinha, em algum período da vigência do seguro, o vínculo empregatício mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos, o valor dos PRÊMIOS pagos indevidamente por esta cobertura será restituídos, atualizados nos termos da CLÁUSULA 30. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA das CONDIÇÕES GERAIS.
- 3.2. O vínculo empregatício do SEGURADO deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado e registrado em sua CTPS, desde que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.
- 3.3. Para recebimento da INDENIZAÇÃO, além do requisito do subitem 2.1 acima, o SEGURADO deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 30 (trinta) dias correspondentes à FRANQUIA, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.
- 3.4. Após um EVENTO de DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO indenizado, esta Cobertura de DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO será automaticamente cancelada, e o PRÊMIO correspondente descontado das parcelas a vencer.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

FICAM RATIFICADAS AS EXCLUSÕES CONSTANTES DA CLÁUSULA 6. RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTES PRODUTOS TÃO EXCLUÍDOS DA PRESENTE COBERTURA, E AINDA:

- 4.1. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO POR ACORDO ENTRE EMPREGADO E EMPREGADOR, CONFORME PREVISTO PELA LEI 13.467/2017, COM OU SEM POSTERIOR RECONTRATAÇÃO DE QUALQUER NATUREZA, COM O MESMO EMPREGADOR E/OU SEU SUCESSOR, OU TRANSFERÊNCIAS ENTRE EMPRESAS OU ASSOCIADAS DO MESMO GRUPO.**
- 4.2. PEDIDO DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA PELO EMPREGADO.**
- 4.3. ADESÃO DO EMPREGADO A PROGRAMAS DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA (PDV) OU SEMELHANTES, OU INCENTIVADA POR ACORDO COLETIVO DE TRABALHO.**
- 4.4. ACORDO ENTRE EMPREGADO E EMPREGADOR.**
- 4.5. DISPENSA DO EMPREGADO POR JUSTA CAUSA.**
- 4.6. JUBILAÇÃO, PENSÃO OU APOSENTADORIA POR QUALQUER CAUSA.**
- 4.7. PERDA DE EMPREGO DECORRENTE DA FALÊNCIA, CONCORDATA E RECUPERAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL DO EMPREGADOR.**
- 4.8. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR.**
- 4.9. CAMPANHAS DE DEMISSÕES EM MASSA. PARA FINS DE APLICAÇÃO DESTES SEGUROS, CONSIDERA-SE DEMISSÃO EM MASSA EMPRESAS QUE DEMITAM MAIS DE 10% (DEZ POR CENTO) DE SEU QUADRO DE PESSOAL NO PRAZO DE SEIS MESES.**
- 4.10. EXTINÇÃO AUTOMÁTICA OU TÉRMINO DO CONTRATO DE TRABALHO, QUANDO O CONTRATO TIVER PRAZO DETERMINADO (CONTRATO A TERMO).**
- 4.11. DISPENSA COM IMEDIATA ADMISSÃO EM EMPRESA, SEJA ELA OU NÃO DO MESMO GRUPO ECONÔMICO, COLIGADA, FILIADA, ASSOCIADA, SUBSIDIÁRIA E/OU ACIONISTA.**
- 4.12. SEGURADOS NÃO CONSIDERADOS ELEGÍVEIS A INDENIZAÇÃO, CONFORME ITEM 2.**
- 4.13. SEGURADOS QUE TENHAM SIDO DEMITIDOS DURANTE O PERÍODO DE EXPERIÊNCIA ANOTADO NA SUA CARTEIRA DE TRABALHO.**
- 4.14. SEGURADO QUE DETENHA CARGO PÚBLICO COM ESTABILIDADE.**
- 4.15. MILITARES QUE SEJAM EXONERADOS DE SUAS FUNÇÕES.**
- 4.16. SEGURADOS VINCULADOS AO EMPREGADOR POR CONTRATO DE TRABALHO TEMPORÁRIO, PROVISÓRIO OU POR PRAZO DETERMINADO; ESTAGIÁRIOS, APOSENTADOS QUE NÃO ESTEJAM EXERCENDO ATIVIDADE PROFISSIONAL COM REGISTRO EM CARTEIRA, PENSIONISTAS, AUTÔNOMOS E PROFISSIONAIS LIBERAIS.**
- 4.17. ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, OU AINDA PELOS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES DO CREDOR.**

- 4.18. ESTÁGIOS OU PROGRAMAS PARA TRAINEES OU CONTRATOS TEMPORÁRIOS E/OU TERCEIRIZADOS EM GERAL.**
- 4.19. FUNCIONÁRIOS QUE TENHAM CARGO DE ELEIÇÃO PÚBLICA E QUE NÃO FOREM REGIDOS PELA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO, INCLUINDO-SE ASSESSORES E OUTROS DE NOMEAÇÃO EM DIÁRIO OFICIAL.**
- 4.20. AFASTAMENTO POR QUAISQUER CAUSAS.**
- 4.21. AFASTAMENTO E/OU LICENÇA DE QUALQUER NATUREZA OU MOTIVO.**
- 4.22. SINISTROS OCORRIDOS DURANTE O PERÍODO DE CARÊNCIA.**
- 4.23. FUNCIONÁRIOS QUE TENHAM CARGO DE ELEIÇÃO PÚBLICA E QUE NÃO FOREM REGIDOS PELA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO, INCLUINDO-SE ASSESSORES E OUTROS DE NOMEAÇÃO EM DIÁRIO OFICIAL.**

## **5. CAPITAL SEGURADO**

- 5.1.** O CAPITAL SEGURADO para esta Cobertura será expresso pelo valor da OBRIGAÇÃO a que o seguro está atrelado, como, por exemplo, saldo devedor de contrato de financiamento garantido, e, dependendo do contratado, por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis.
- 5.2.** Quando contratada uma quantidade máxima de parcelas, as parcelas serão indenizadas de acordo com o vencimento da OBRIGAÇÃO, enquanto o SEGURADO permanecer na condição de desempregado.
- 5.3.** Para fins desta Cobertura, considera-se data do EVENTO, para efeito de determinação do CAPITAL SEGURADO, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

## **6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

O CAPITAL SEGURADO relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

## **7. CARÊNCIA**

O período de CARÊNCIA é de 30 (trinta) dias contados a partir do INÍCIO DE VIGÊNCIA, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro.

## **8. FRANQUIA**

O período de FRANQUIA é de 30 (trinta) dias ininterruptos por EVENTO, e será contado a partir da data do desligamento do SEGURADO junto ao empregador.

## 9. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme escrito na Cláusula 31. REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais, devendo ser apresentados, ainda, os seguintes documentos:

- 9.1.** Formulário de AVISO DE SINISTRO devidamente preenchido e assinado pelo segurado.
- 9.2.** Cópia do contrato de financiamento.
- 9.3.** Comprovante do saldo devedor na data do afastamento do SEGURADO de toda e qualquer atividade laborativa.
- 9.4.** Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folhas posterior e seguinte ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro-Desemprego, quando houver.
- 9.5.** Cópia do documento de identificação válido em território nacional, CPF e do comprovante de residência do SEGURADO.
- 9.6.** Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado pelo sindicato ou pela delegacia do trabalho, quando aplicável.
- 9.7.** Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
- 9.8.** Declaração do SEGURADO com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso haja.
- 9.9.** Cópia autenticada do Requerimento do Seguro-Desemprego contendo o protocolo do órgão competente.
- 9.10.** Do CREDOR:
  - 9.10.1.** Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações:
    - 9.10.1.1.** Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP).
    - 9.10.1.2.** Correspondência com saldo devedor trazido ao valor presente da data do EVENTO.

## 10. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta cobertura faz parte integrante das Condições Contratuais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas CONDIÇÕES GERAIS, que devem ser aplicadas subsidiariamente.

## **COBERTURA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PARA PROFISSIONAL LIBERAL E AUTÔNOMO)**

### **1. OBJETIVO**

Observadas as demais disposições desta Cobertura Adicional e das CONDIÇÕES GERAIS, o objetivo desta cobertura é garantir ao SEGURADO o pagamento de uma INDENIZAÇÃO, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do SEGURADO de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, limitado a 3 (TRÊS) MESES, em decorrência de ACIDENTE PESSOAL ou Doença, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as CONDIÇÕES GERAIS e as demais Disposições Contratuais.

### **2. CONDIÇÕES DE COBERTURA**

- 2.1.** Somente terá direito a esta Cobertura o SEGURADO, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.43 das CONDIÇÕES GERAIS.
- 2.2.** Após um EVENTO de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o SEGURADO somente estará elegível à INDENIZAÇÃO de um segundo EVENTO da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**FICAM RATIFICADAS AS EXCLUSÕES CONSTANTES DA CLÁUSULA 6. RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE PRODUTO, E AINDA:**

- 3.1. OS ACIDENTES SOFRIDOS PELO SEGURADO ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.**
- 3.2. SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA, OU DA RECONDUÇÃO DO CONTRATO, QUANDO SUSPENSO, CONTADOS:**
  - 3.2.1. DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO.**
  - 3.2.2. DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO. NESTA HIPÓTESE A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO.**
- 3.3. PROCEDIMENTOS E/OU TRATAMENTOS, CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, PARA ESTERILIDADE, INFERTILIDADE, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, IMPOTÊNCIA SEXUAL, CONTROLE DE NATALIDADE, E MUDANÇA DE SEXO, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, INCLUSIVE PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELES RELACIONADOS.**
- 3.4. TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, SALVO QUANDO NECESSÁRIAS À RESTAURAÇÃO DAS FUNÇÕES ALTERADAS EM RAZÃO DE SINISTRO OCORRIDO NA VIGÊNCIA DO SEGURO.**
- 3.5. CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO) E PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELAS RELACIONADOS.**

- 3.6. TRATAMENTOS PARA OBESIDADE, EM QUALQUER MODALIDADE, INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA.**
- 3.7. TRATAMENTOS PARA SENILIDADE, GERIATRIA, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCENÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.**
- 3.8. TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS E ORTODÔNTICOS DE QUAISQUER ESPÉCIES, SALVO QUANDO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, OCORRIDOS DENTRO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO.**
- 3.9. DOENÇAS DEGENERATIVAS DA COLUNA VERTEBRAL INCLUSIVE HÉRNIA DISCAL, COM EXCEÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO; INFECÇÕES OPORTUNISTAS E DOENÇAS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS).**
- 3.10. DOENÇAS CRÔNICAS, MESMO EM FASE AGUDA, ENTENDENDO-SE COMO TAL AQUELAS CARACTERIZADAS POR SUA EVOLUÇÃO LONGA E INSIDIOSA, COM PERÍODO DE MELHORA E PIORA, NÃO RESPONDENDO SATISFATORIAMENTE A PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS.**
- 3.11. DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS RECONHECIDAMENTE PROGRESSIVAS, TAIS COMO FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATOIDE, OSTEOARTROSE, DOR MIOFASCIAL, ESCLEROSE MÚLTIPLA, DOENÇA DE ALZHEIMER, DOENÇA DE PARKINSON, ENTRE OUTRAS.**
- 3.12. PRÁTICA DE ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETUANDO-SE OS CASOS QUE PROVIEREM DA UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.**
- 3.13. EVENTOS CAUSADOS PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI.**
- 3.14. EVENTOS CAUSADOS PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR.**
- 3.15. EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO.**

#### **4. CAPITAL SEGURADO**

- 4.1.** O CAPITAL SEGURADO para esta Cobertura será expresso pelo valor da OBRIGAÇÃO a que o seguro está atrelado, como, por exemplo, saldo devedor de contrato de financiamento garantido, e, dependendo do contratado, por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis, limitada a 3 (três).
- 4.2.** Quando contratada uma quantidade máxima de parcelas, as parcelas serão indenizadas de acordo com o vencimento da OBRIGAÇÃO, enquanto o SEGURADO permanecer na condição de desempregado.

- 4.3.** Para fins desta Cobertura, considera-se data do EVENTO, para efeito de determinação do CAPITAL SEGURADO, a data do ACIDENTE, ou a data do reconhecimento da invalidez incapacitante para as atividades laborais, firmada através de declaração médica.

## **5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

O CAPITAL SEGURADO relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

## **6. CARÊNCIA**

O período de CARÊNCIA é de 30 (trinta) dias contados a partir do INÍCIO DE VIGÊNCIA, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro.

## **7. FRANQUIA**

O período de FRANQUIA é de 15 (quinze) dias ininterruptos por EVENTO, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do SEGURADO que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.

## **8. REGULAÇÃO DE SINISTRO**

- 8.1.** Em caso de sinistro, cabe ao(s) BENEFICIÁRIO(S) proceder(em) conforme escrito na Cláusula 31. REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais, devendo ser apresentados, ainda, os seguintes documentos:
- 8.1.1.** Formulário “AVISO DE SINISTRO” devidamente preenchido e assinado pelo SEGURADO.
  - 8.1.2.** Cópia do documento de identificação válido em território nacional, CPF e do comprovante de residência do SEGURADO.
  - 8.1.3.** Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado.
  - 8.1.4.** Exames médicos complementares realizados.
  - 8.1.5.** Cópia do contrato de financiamento.
  - 8.1.6.** Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida, na data do afastamento do SEGURADO de toda e qualquer atividade laborativa.
  - 8.1.7.** Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) – os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão último.
  - 8.1.8.** Declaração do SEGURADO com a informação de telefone e de endereço de e-mail, se houver.
  - 8.1.9.** Guia de recolhimento do FGTS.
  - 8.1.10.** A SEGURADORA poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao SEGURADO. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da INDENIZAÇÃO.

- 8.2.** PARA TODOS OS EFEITOS DESTA COBERTURA, A SEGURADORA NÃO ACEITARÁ DOCUMENTOS EMITIDOS POR MÉDICOS QUE GUARDEM PARENTESCO COM O SEGURADO, O BENEFICIÁRIO OU O ESTIPULANTE.

## **9. DISPOSIÇÕES GERAIS**

Esta cobertura faz parte integrante das Condições Contratuais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas CONDIÇÕES GERAIS, que devem ser aplicadas subsidiariamente.

## **COBERTURA BÁSICA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (PARA PROFISSIONAL LIBERAL E AUTÔNOMO)**

### **1. OBJETIVO**

Observadas as demais disposições desta Cobertura Adicional e das CONDIÇÕES GERAIS, o objetivo desta cobertura é garantir ao BENEFICIÁRIO o pagamento de uma INDENIZAÇÃO, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do SEGURADO de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, limitado a 3 (TRÊS) MESES, em decorrência exclusivamente de ACIDENTE PESSOAL, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as CONDIÇÕES GERAIS e as demais Disposições Contratuais.

### **2. CONDIÇÕES DE COBERTURA**

- 2.1.** Somente terá direito a esta Cobertura o SEGURADO, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.43 de DEFINIÇÕES das CONDIÇÕES GERAIS.
- 2.2.** Após um EVENTO de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o SEGURADO somente estará elegível à INDENIZAÇÃO de um segundo EVENTO da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**FICAM RATIFICADAS AS EXCLUSÕES CONSTANTES DA CLÁUSULA 6. RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTA COBERTURA, E AINDA OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETAMENTE DE E/OU RELACIONADOS A:**

- 3.1.** OS ACIDENTES SOFRIDOS PELO SEGURADO ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.
- 3.2.** SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA, OU DA RECONDUÇÃO DO CONTRATO, QUANDO SUSPENSO, CONTADOS:
  - 3.2.1.** DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO.
  - 3.2.2.** DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO. NESTA HIPÓTESE A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO.
- 3.3.** PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE.
- 3.4.** ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.
- 3.5.** PROCEDIMENTOS E/OU TRATAMENTOS, CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, PARA ESTERILIDADE, INFERTILIDADE, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, IMPOTÊNCIA SEXUAL, CONTROLE DE NATALIDADE, E MUDANÇA DE SEXO, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, INCLUSIVE PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELES RELACIONADOS.
- 3.6.** TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, SALVO QUANDO NECESSÁRIAS À RESTAURAÇÃO DAS FUNÇÕES ALTERADAS EM RAZÃO DE SINISTRO OCORRIDO NA VIGÊNCIA DO SEGURO.

- 3.7. CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO) E PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELAS RELACIONADOS.**
- 3.8. TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS E ORTODÔNTICOS DE QUAISQUER ESPÉCIES, SALVO QUANDO DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS OCORRIDOS DENTRO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO.**
- 3.9. PRÁTICA DE ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETUANDO-SE OS CASOS QUE PROVIEREM DA UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.**
- 3.10. EVENTOS CAUSADOS PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI.**
- 3.11. EVENTOS CAUSADOS PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR.**
- 3.12. EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO.**

#### **4. CAPITAL SEGURADO**

- 4.1.** O CAPITAL SEGURADO para esta Cobertura será expresso pelo valor da OBRIGAÇÃO a que o seguro está atrelado, como o contrato de financiamento garantido, e, dependendo do contratado, por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis, fixadas na ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE coletiva.
- 4.2.** Quando contratada uma quantidade máxima de parcelas, as parcelas serão indenizadas de acordo com o vencimento da OBRIGAÇÃO, enquanto o SEGURADO permanecer na condição de desempregado.
- 4.3.** Para fins desta Cobertura, considera-se data do EVENTO, para efeito de determinação do CAPITAL SEGURADO, a data do ACIDENTE que o incapacitou física e temporariamente.

#### **5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

O Capital SEGURADO relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

#### **6. CARÊNCIA**

O período de CARÊNCIA é de 30 (trinta) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro.

#### **7. FRANQUIA**

O período de FRANQUIA é de 15 (quinze) dias ininterruptos por EVENTO, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do SEGURADO que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.

## 8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

**8.1.** Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme escrito na Cláusula 31. REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais, devendo ser apresentados, ainda, os seguintes documentos:

- 8.1.1.** Formulário “AVISO DE SINISTRO” devidamente preenchido e assinado pelo SEGURADO.
- 8.1.2.** Cópia do documento de identidade válido em território nacional, CPF e do comprovante de residência do SEGURADO.
- 8.1.3.** Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado.
- 8.1.4.** Exames médicos complementares realizados.
- 8.1.5.** Cópia do contrato de financiamento.
- 8.1.6.** Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida na data do afastamento do SEGURADO de toda e qualquer atividade laborativa.
- 8.1.7.** Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) – os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão último.
- 8.1.8.** Declaração do SEGURADO com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso haja.
- 8.1.9.** Guia de recolhimento do FGTS.
- 8.1.10.** A SEGURADORA poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao SEGURADO. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da INDENIZAÇÃO.

**8.2.** PARA TODOS OS EFEITOS DESTA COBERTURA, A SEGURADORA NÃO ACEITARÁ DOCUMENTOS EMITIDOS POR MÉDICOS QUE GUARDEM PARENTESCO COM O SEGURADO, O BENEFICIÁRIO OU O ESTIPULANTE.

## 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta cobertura faz parte integrante das Condições Contratuais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas CONDIÇÕES GERAIS, que devem ser aplicadas subsidiariamente.