Prestamista Coletivo

Capital Segurado Vinculado (Saldo Devedor)

Condições Gerais e Especiais

Processo SUSEP nº XXXXX.XXXXXX/XXXX-XX

zema SEGUROS

ESCOLHA VIVER COM TRANQUILIDADE

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO 3
1. OBJETIVO DO SEGURO 3
2. DEFINIÇÕES 3
3. COBERTURAS DO SEGURO 10
4. RISCOS EXCLUÍDOS 10
5. ACEITAÇÃO DO SEGURO 12
6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 12
7. CAPITAL SEGURADO 14
8. BENEFICIÁRIOS 14
9. PAGAMENTO DE PRÊMIO E PRAZO DE TOLERÂNCIA 15
10. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS 17
11. CANCELAMENTO DO SEGURO 18
12. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL 18
13. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO 19
14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 21
15. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE 23
16. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS 23
17. OBRIGAÇÃO DO ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTE 24
18. REGIME FINANCEIRO 26
19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA 26
20. PRESCRIÇÃO 26
21. FORO 26
22. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS 26
23. DISPOSIÇÕES GERAIS 27
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO 28
COBERTURA BÁSICA DE MORTE (M) 28
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA) 31
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 34
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD) 38
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA INVOLUNTÁRIA (PRI) 49
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRITT-AD) 54

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Credor (Estipulante ou Subestipulante), com a finalidade de amortizar ou custear, total ou parcialmente, Obrigação assumida pelo Devedor (Segurado), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), até o limite do Capital Segurado contratado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as Condições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal

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, total ou parcial do Segurado**, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

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

b) Excluem-se desse conceito:

- **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;**
- **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico**

científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

- **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, conforme definido neste item.**

Aditivo
Condição suplementar incluída no Contrato de Seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

Agravação do Risco
Deterioração das circunstâncias que influenciaram a avaliação original de um risco: aumento de sua probabilidade de vir a ocorrer e/ou expectativa de mais danos em caso de sinistro.

Âmbito Geográfico
Termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válido. Sinônimo: Perímetro de Cobertura.

Apólice
É o documento emitido pela Zema Seguros formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante ou Subestipulante neste plano coletivo.

Aviso de Sinistro
Comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado ou Beneficiário(s) é(são) obrigado(s) a fazer à Zema Seguros, assim que dela tenha conhecimento.

Beneficiário(s)
Pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese da ocorrência de Evento Coberto.

Boa-Fé
No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Estipulante ou Subestipulante, Segurado e a Zema Seguros, todos agindo com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.

Capital Segurado Vinculado
Modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da Obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

Capital Segurado
Valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Zema Seguros na ocorrência do sinistro coberto pelo Contrato de Seguro, vigente na data do evento. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**

Carregamento
É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização

Carência
É o período contínuo do tempo contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso, durante o qual, em caso de sinistro, a Zema Seguros estará isenta de qualquer responsabilidade de indenizar o Segurado. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as Coberturas ou algumas delas. **O limite máximo que o plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 02 (dois) anos, não podendo exceder metade do prazo total de vigência.**

Certificado Individual
É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao Capital Segurado ou prêmio.

Cliente
Pessoa interessada em adquirir produtos de seguro, de capitalização ou de previdência complementar aberta, bem como o proponente, o segurado, o garantido, o tomador, o beneficiário, o assistido, o titular ou subscritor de título de capitalização ou o participante de plano de previdência.

Coberturas
Obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, **observados os Riscos Excluídos, as hipóteses de perda do direito às Coberturas e demais disposições contratuais**.

Condições Contratuais
É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do Contrato de Seguro, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Especiais
Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Gerais
É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante ou Subestipulante.

Contrato de Seguro
É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante ou Subestipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante ou Subestipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

Consignante
É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

Corretor de Seguros
É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre a Zema Seguros e pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado**. O Corretor de Seguros responde civilmente perante os Segurados, a Zema Seguros e o(s) Beneficiário(s), pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação ou omissão, dolosa ou culposa.**

Credor
Aquele a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada, objeto desse seguro.

Culpa Grave
Termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo, sendo motivo para a perda do direito por parte do Segurado.

Culpa
Conduta negligente ou imprudente, sem propósito de lesar, mas da qual proveio dano ou ofensa a outrem.

Devedor
É o Segurado que deve pagar ao Credor o valor decorrente da Obrigação contratada.

Doença Crônica
Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos.

Doença Preexistente
Doença de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta de Contratação ou, no caso de contratação coletiva, na Proposta de Adesão.

Doença
Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o Segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o Segurado esteja recebendo tratamento médico.

Dolo
É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

Ente Supervisionado
A sociedade seguradora, a sociedade de capitalização ou a entidade aberta de previdência complementar.

Estipulante ou Subestipulante
É a 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, sendo identificado como Estipulante ou Subestipulante instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante ou Subestipulante averbador quando não participar do custeio.

Evento Coberto
É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

Excedente Técnico
É o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

Foro
Âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrente do contrato de seguro.

Fracionamento do Prêmio
Usa-se esta expressão nos casos em que o pagamento do prêmio é parcelado.

Franquia
O período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

Grupo Segurado
É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Grupo Segurável
É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

Indenização
Valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) pela Zema Seguros, quando da ocorrência do Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da Cobertura contratada, vigente na data de ocorrência do evento.

Má-Fé
Agir de modo contrário a lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente. Dolo.

Médico Assistente
Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, nem pessoa que viva na mesma residência do Segurado, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Zema Seguros.**

Obrigação
Produto, serviço ou compromisso financeiro a que o Seguro está atrelado, com vínculo contratual entre Credor e Devedor, que confere ao Credor o direito de exigir do Devedor o pagamento do valor correspondente.

Prazo de Tolerância
Intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o segurado inadimplente fará jus à Cobertura.

Prêmio Periódico
É o valor do prêmio do seguro a ser pago com qualquer periodicidade compatível com as suas características e com a vigência da cobertura, conforme opção especificada no Contrato de Seguro, em parcelas periódicas: mensal ou anual.

Prêmio Único
É o prêmio do seguro, calculado para a vigência integral do seguro, podendo ser pago à vista ou parcelado, dividido em quantidade de parcelas inferior ao número de meses da vigência, normalmente com acréscimo de juros chamados de adicional de fracionamento, mas sem a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento e com a última parcela vencendo antes do término de vigência do seguro.

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

Pro Rara Temporis
É o método de calcular o prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do seguro.

Profissionais Autônomos e liberais não regulamentados
São todos aqueles que exercem 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.

Profissionais Autônomos e liberais regulamentados
São todos aqueles que exercem 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 à previdência social. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.

Proponente
O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas).

Proposta de Adesão
É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Proposta de Contratação
Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Regime Financeiro de Repartição Simples
Estrutura técnica em que os prêmios pagos para plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou o resgate de prêmios ao Estipulante ou Subestipulante, Segurados e ao(s) Beneficiário(s).

Regulação de Sinistro
Conjunto de procedimentos realizados pela Zema Seguros após receber comunicação da ocorrência de um sinistro, visando apuração de suas causas, consequências, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do evento ocorrido e seu enquadramento nas coberturas contratadas no Contrato de Seguro.

Riscos Excluídos
São os potenciais eventos danosos indicados expressamente nas Condições Contratuais como riscos não cobertos pelo seguro em caso de Sinistro.

Segurado
Pessoa física sobre a qual se procedeu a avaliação do risco e se estabeleceu o seguro. Para contratações realizadas por pessoa jurídica se compreende como segurado todo sócio, desde que pessoa física, integrante do quadro social da empresa proponente, sobre o qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Principal
É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante ou Subestipulante.

Seguradora
É a Zema Seguros, empresa legalmente autorizada para comercializar seguro e que se responsabiliza pelas Coberturas contratadas, mediante o recebimento de prêmio, conforme o estabelecido nas Condições Contratuais do seguro.

Sinistro
É a ocorrência do Evento Coberto, durante o período de Vigência do Seguro.

Sócio
Para fins deste seguro é a pessoa física que possui participação na empresa vinculada ao estipulante, como titulares, instituidores, administradores ou empresários.

Vigência do Seguro
É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura Individual
É o período em que o Segurado está coberto pelas coberturas deste seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas Condições Especiais de cada Cobertura.

3.1.1. Coberturas Básicas: contratação obrigatória de somente uma das coberturas.

a) Morte (M); e
b) Morte Acidental (MA).

3.1.2. Coberturas Adicionais: contratação facultativa.

a) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
b) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD);
c) Perda de Renda Involuntária (PRI); e
d) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (PRITT-AD).

3.2. As Coberturas previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas no Contrato de Seguro, em conformidade com o Estipulante/Subestipulante e Segurado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta:

a) 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;

b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado, não declaradas na proposta de adesão;

d) Acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

e) Suicídio ou sua tentativa nos 02 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura individual, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
   - Do início de vigência da cobertura individual;
   - Da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado.

f) 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;

g) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas;

h) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;

i) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

j) 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;

k) Eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

l) Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

m) 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;

n) 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;

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

5. ACEITAÇÃO DO SEGURO

5.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do Grupo Segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, na qual o Proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

5.2. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, o seguro estará automaticamente aceito, caso não haja manifestação contrária da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias. O prazo é válido seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

5.3. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, documentos complementares para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

5.4. Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao Proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo Segurado, conforme constante no aviso de recebimento. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

5.5. Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o Proponente e/ou o Estipulante ou Subestipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago, deduzido da parcela "*pro rata temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice pactuado conforme cláusula 10. Atualização de Valores e Juros Moratórios destas Condições Gerais entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

5.6. Para formalizar a aceitação do Seguro, a Seguradora deverá emitir Apólice contendo as particularidades do Seguro e enviar uma via para o Estipulante ou Subestipulante, bem como fornecer, para cada Segurado incluído no seguro, um Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a contar da data da aceitação da proposta. Cada Segurado receberá também um Certificado Individual em cada uma das renovações subsequentes. Constará no respectivo Certificado Individual: data e hora do início e término de vigência do risco individual, cobertura e respectivo Capital Segurado e o prêmio correspondente, bem como, nos seguros onde haja distribuição de excedentes técnicos aos Segurados, informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1. A vigência do seguro será de 12 (doze) meses, podendo, entretanto, serem determinados períodos diferentes nas Condições Contratuais.

6.2. A contratação ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu Representante Legal ou por Corretor de Seguros habilitado.

6.2.1. A contratação é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

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

6.4. A Apólice será renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante ou Subestipulante, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.

6.5. As demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pelas partes, por meio de termo aditivo ao Contrato de Seguro. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar sua decisão aos Segurados e ao Estipulante ou Subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice.

6.5.1. A renovação poderá ser feita mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante ou Subestipulante, desde que não acarrete ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.

6.5.2. Caso haja, na renovação, alteração, inclusive quanto à taxa do seguro, que implique em ônus ou dever para os Segurados, bem como redução de seus direitos, esta somente poderá ocorrer mediante anuência prévia e expressa de, pelo menos, ¾ do Grupo Segurado.

6.6. Para as propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta pela Seguradora. Desde que expressamente acordado entre as partes, poderá ser convencionada outra data para o início de vigência do seguro.

6.7. Para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

6.8. Caso o Credor e o Devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação financeira a Seguradora deverá ser formalmente comunicada e:

6.8.1. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente; e

6.8.2. Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. A modalidade de Capital Segurado deste plano de seguro é a de **Capital Segurado Vinculado**, ou seja, o Capital Segurado contratado é necessariamente igual ao valor da Obrigação assumida pelo Segurado junto ao Credor, objeto do seguro, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

7.2. O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas será estabelecido no Certificado Individual, expresso em Reais, e será o valor máximo da Indenização devida na data de ocorrência do Evento Coberto (Sinistro). Os valores ora mencionados serão apurados na data do Evento Coberto, de acordo com as Condições Especiais das Coberturas contratadas e conforme modalidade de capital descrita no item anterior.

7.3. **Na ocorrência de Evento Coberto, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor do Capital Segurado a ser indenizado, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme disposto na cláusula 8. Beneficiários.**

7.4. **Os Capitais Segurados não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.**

7.5. **As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigação por parte do Segurado não serão incorporadas ao valor do Capital Segurado, e, consequentemente, não farão parte da indenização a ser paga em caso de sinistro coberto.**

7.6. **Não será devida Indenização para qualquer parcela da Obrigação vencida antes da data do Sinistro.**

7.7. Os aumentos de limites de crédito, repactuações de dívidas ou qualquer outro aumento de responsabilidade, não previsto inicialmente na dívida ou compromisso assumido pelo Segurado, será considerado como novo seguro, ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O primeiro Beneficiário do seguro será o próprio Estipulante ou Subestipulante, a quem deverá ser paga a Indenização, no valor a que tem direito em decorrência da Obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do Evento Coberto e limitado ao Capital Segurado contratado.

8.2. A diferença entre a parcela da Indenização devida ao Estipulante ou Subestipulante e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto, se houver, será paga ao segundo Beneficiário indicado, no caso de morte do Segurado, ou ao próprio Segurado, no caso de evento garantido pelas demais Coberturas.

8.3. 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.

9. PAGAMENTO DE PRÊMIO E PRAZO DE TOLERÂNCIA

9.1. O custeio do seguro pode ser:

9.1.1. Contributário: quando os Segurados pagam total ou parcialmente o prêmio do seguro; ou

9.1.2. Não Contributário: quando os Segurados não arcam com o pagamento do prêmio do seguro, sendo este integralmente custeado pelo Estipulante ou Subestipulante.

9.2. O prêmio poderá ser pago em parcela única (à vista), em parcelas sucessivas (fracionado), ou com periocidade mensal/anual durante o período de vigência da cobertura individual. A periodicidade e forma de pagamento estarão definidas no Contrato de Seguro.

9.2.1. **Em caso de pagamento fracionado do prêmio, o Segurado e/ou o Estipulante/Subestipulante poderá(ão) antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.**

9.2.2. **Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da cobertura individual.**

9.2.3. **Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.**

9.3. Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, no caso de não pagamento de uma parcela até a data limite prevista para este fim, fica entendido e acordado, que, o prazo de vigência da cobertura será ajustado de forma proporcional ao prêmio efetivamente pago. Sendo comunicado ao Segurado de forma prévia, e por escrito, o novo prazo de vigência ajustado.

9.3.1. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 9.3., ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

9.3.2. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no item 9.3., sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do Contrato de Seguro, desde que haja expressa previsão contratual neste sentido.

9.4. Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante ou Subestipulante, por meio de ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido nas Condições Contratuais. Outra forma de pagamento poderá ser definida mediante acordo entre Seguradora e Estipulante ou Subestipulante e deverá constar do Contrato de Seguro.

9.5. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante ou Subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na Apólice. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante ou Subestipulante não poderá prejudicar o Segurado.

9.6. É expressamente vedado ao Estipulante ou Subestipulante 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 ou Subestipulante, 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.

9.7. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do Segurado. Nesses casos, se o Segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.

9.8. Os prêmios deverão ser pagos até a data estabelecida nas Condições Contratuais. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas. A não observância da data limite para pagamento do prêmio, exceto nos casos previstos no subitem 9.7., ensejará a incidência de encargos sobre os prêmios em atraso, conforme o disposto na cláusula 10. Atualização de Valores e Juros Moratórios destas Condições Gerais.

9.9. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre Estipulante ou Subestipulante e Seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no Contrato de Seguro.

9.10. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao Estipulante ou Subestipulante, por ocasião da renovação da Apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do Grupo Segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da Seguradora de rescindir o Seguro, mediante comunicação aos Segurados e ao Estipulante ou Subestipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice.

9.11. O não pagamento na data do vencimento de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro constitui em mora o Segurado ou o Estipulante ou Subestipulante, de acordo com o caso, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

9.12. No caso de Seguro custeado total ou parcialmente pelo Segurado, o recolhimento do prêmio pelo Estipulante ou Subestipulante, mediante consignação em folha de pagamento, sem o devido repasse à Seguradora, não prejudicará o Segurado em nenhuma hipótese, de acordo com o disposto no item 9.5.

9.13. Em havendo faturas não pagas, o recebimento pela Seguradora de qualquer valor referente ao prêmio do Seguro não implicará em novação ou renúncia de direito, permanecendo o Segurado em mora desde a data do vencimento da primeira fatura não paga.

9.14. Durante o período de tolerância do Seguro, ou seja, em até 60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, o Segurado e/ou Estipulante ou Subestipulante deverá providenciar o pagamento dos prêmios vencidos para que não ocorra o cancelamento ou a exclusão do Segurado, conforme previsto cláusula 11. Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais.

9.14.1. A incidência de encargos sobre os prêmios em atraso deverá respeitar o disposto na cláusula 10. Atualização de Valores e Juros Moratórios destas Condições Gerais.

9.15. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

9.16. Caso o Segurado permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, este será excluído da Apólice. Sendo comunicado ao Segurado de forma prévia, e por escrito, o cancelamento do Certificado Individual.

9.17. Se o Estipulante ou Subestipulante, no caso de seguros não contributários permanecer inadimplente (não efetuar o pagamento) por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, a Apólice será cancelada. Sendo comunicado ao Estipulante ou Subestipulante de forma prévia, e por escrito, o cancelamento da Apólice.

10. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS

10.1. Não haverá atualização monetária para os valores do Capital Segurado e do Prêmio correspondente.

10.2. Dado que os Capitais Segurados são estabelecidos a partir do valor da dívida do Segurado na data de ocorrência do evento gerador da Indenização, os Capitais Segurados e Prêmios serão recalculados na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração no saldo devedor da dívida.

10.3. Caso haja atraso no pagamento do Capital Segurado ou do Prêmio do seguro, o valor devido será atualizado com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados desde a data do Evento Coberto até a data do efetivo pagamento (no caso de Sinistro), e desde a data do vencimento da parcela vencida (em caso de atraso do Prêmio).

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

10.4. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

10.5. 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 devidos.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1. O Seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 60 (sessenta) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do inadimplemento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

11.2. A Apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o Estipulante ou Subestipulante e a Seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

11.3. No caso de cancelamento do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverá ser observada a seguinte disposição:

11.3.1. A Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11.3.2. 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 de acordo com o critério "*pro rata temporis*".

11.4. No caso de fracionamento do prêmio em que o não pagamento de uma parcela, conforme descrito no subitem 9.3., não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, o seguro será cancelado.

12. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

12.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente, de pleno direito, ao final do prazo de vigência da Apólice, salvo se esta for renovada, devendo, portanto, o prazo de empréstimo concedido pelo Estipulante ou Subestipulante respeitar sempre a vigência/renovação da Apólice.

12.1.1. Se porventura, o empréstimo for concedido por período superior ao prazo de vigência da Apólice, a Seguradora cancelará o seguro e restituirá ao Estipulante ou Subestipulante os prêmios recebidos, com a devida atualização monetária.

12.1.2. 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.

12.2. Se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, ocorrerá automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12.2.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem acima se aplica aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

12.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago e observado o disposto nas cláusulas 9. Pagamento de Prêmio e Prazo de Tolerância e 11. Cancelamento do Seguro, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

12.3.1. Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante ou Subestipulante, nos planos coletivos; ou

12.3.2. Quando o Segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

12.4. Ainda, a cobertura individual do seguro terminará, sem qualquer restituição de prêmio:

a) Quando terminar o período de Vigência da Cobertura Individual;

b) No caso do falecimento ou invalidez permanente total do Segurado;

c) Com o cancelamento ou a quitação total da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado, observado o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;

d) Com a transferência de titularidade da dívida ou compromisso assumido pelo Segurado junto ao Credor;

e) Automaticamente, com o pagamento do Capital Segurado contratado, quando as Condições Especiais da Cobertura correspondente estabelecerem o cancelamento da Cobertura Individual do Seguro;

f) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, devidamente comprovado (s); e

g) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula 13. Perda do Direito à Indenização.

12.5. 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.

13. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

13.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, nem restituirá os prêmios pagos e terá ainda o direito ao recebimento do prêmio vencido, caso o Proponente, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante/Subestipulante, Corretor de Seguros ou seus respectivos representantes legais:

a) Agravar(em) intencionalmente o risco;

b) Fizer(em) declaração(ões) inexatas, falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização ou omitir(em) circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio;

c) Agir com dolo, fraude consumada ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, tanto na contratação do seguro quanto durante a sua vigência, ou para obter ou majorar o pagamento/recebimento do Capital Segurado ou, ainda, se o Estipulante/Subestipulante, Segurado, Beneficiário ou seus respectivos representantes legais tentar(em) obter vantagem indevida com o evento reclamado;

d) Inobservância das obrigações convencionadas no seguro;

e) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento coberto.

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

13.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.

13.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da indenização:

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

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

13.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

13.3. O Segurado e/ou Credor está(ão) obrigado (s) a comunicar(em) à Seguradora, logo que saiba(m), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que o Segurado e/ou Credor silenciou(aram) de má-fé.

13.3.1. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

13.3.2. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, quando houver, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

14.1. Em caso de Sinistro passível de Cobertura por este seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente o evento à Seguradora por meio da Central de Atendimento ou outro meio que a Seguradora disponibilize e estabeleça no Certificado Individual.

14.2. **A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, para o pagamento da Indenização, contados da data de entrega de todos os documentos relacionados nas Condições Especiais das respectivas Coberturas, observado que a documentação especificada nas respectivas Condições Especiais das Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos e/ou informações que se façam necessários durante a regulação do Sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada de todos os documentos e/ou informações complementares solicitados.**

14.3. **Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de Sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**

14.4. **A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Aviso de Sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da Obrigação de pagar qualquer Capital Segurado. A Seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.**

14.5. **Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, relatório emitido por médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, nem pessoa que viva na mesma residência do Segurado, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**

14.6. **As despesas efetuadas com a comprovação do Evento Coberto e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta do(s) Beneficiário(s) ou representantes legais, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**

14.7. O valor a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do Evento Coberto, conforme disposto nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.

14.8. **O pagamento da Indenização cancelará automaticamente a Cobertura Individual do Seguro.**

14.9. Independentemente dos documentos exigidos pela Seguradora nas Condições Especiais de cada Cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu exclusivo critério, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do Evento Coberto.

14.10. **A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.**

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

14.12. **No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da invalidez ou incapacidade física do Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.**

14.13. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e um terceiro, desempatador, nomeado por ambos. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os terceiros serão pagos em partes iguais pelo Segurado ou Beneficiário e pela Seguradora.**

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

14.15. **O não comparecimento do Segurado ou do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova junta, salvo convenção em contrário.**

14.16. **Não será admitida a nomeação como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, nem pessoa que viva na mesma residência do Segurado, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de Capital Segurado por parte da Seguradora.**

14.17. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do Prazo de Tolerância, porém anteriormente à data da ocorrência do Sinistro.

14.18. O Segurado, ao fazer a contratação ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a efetuar visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e realizar exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu Médico Assistente.

14.19. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento reclamado pelo Segurado, não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização. Quando o evento ocorrido não tiver Cobertura, a Seguradora comunicará o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) ou seu(s) respectivo(s) representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor de seguros.

14.20. Caso haja atraso no pagamento do Capital Segurado relativa ao Evento Coberto, a importância devida pela Seguradora será atualizada, bem como aplicado juros de mora

a partir desta data, conforme previsto na cláusula 10. Atualização de Valores e Juros Moratórios.

14.21. Caso haja o descumprimento do prazo para pagamento da Indenização previsto, a Seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da operação de crédito relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 14.2. e a data do efetivo pagamento, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, conforme previsto na cláusula 10. Atualização de Valores e Juros Moratórios.

14.22. Caso haja saldo remanescente entre o valor da Indenização devida e o montante efetivamente necessário para a quitação da Obrigação, este deverá ser pago ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme disposto na cláusula 8. Beneficiários.

15. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

15.1. **Qualquer modificação da Apólice me vigor, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.**

16. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

16.1. O OBJETO: A Seguradora poderá conceder à Apólice uma participação em seus resultados técnicos, nos termos das condições definidas a seguir, desde que tenha sido verificada uma média mensal mínima de Segurados, conforme definido no Contrato de Seguro, durante o período de apuração.

16.2. APURAÇÃO DOS EXCEDENTES: A distribuição dos excedentes técnicos será realizada após o término da vigência da Apólice, desde que a mesma seja renovada nesta Seguradora, e depois de pagas todas as faturas de prêmio do período em apuração e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

16.3. DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CUSTEIO: No seguro parcial ou totalmente contributário, o excedente técnico a ser distribuído será, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos Segurados, sendo certo que a parte do excedente técnico a ser distribuída entre os Segurados poderá ser convertida em benefícios ao Grupo Segurado, nos termos definidos no Contrato de Seguro.

16.4. RECEITAS: Consideram-se como receitas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:

16.4.1. Os prêmios líquidos, de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;

16.4.2. O estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;

16.4.3. Recuperação de sinistro de resseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e

16.4.4. Estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anterior.

16.5. DESPESAS: Consideram-se como despesas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:

16.5.1. As comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;

16.5.2. O valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, pagos ou avisados, e ainda não considerados até o fim do período em apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

16.5.3. Os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;

16.5.4. Prêmios de resseguro cedidos;

16.5.5. As despesas gerais de administração da Seguradora, calculados em uma percentagem dos prêmios recebidos no período de apuração, bem como eventuais despesas extraordinárias com a Apólice;

16.5.6. Provisão de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR); e

16.5.7. Impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros.

16.6. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA: As receitas, as despesas e o excedente técnico serão atualizados monetariamente pelo IPCA/IBGE, acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da apuração, desde:

16.6.1. A data de pagamento para prêmios e comissões;

16.6.2. A data do aviso à Seguradora para os sinistros;

16.6.3. A data de apuração, para os saldos negativos anteriores;

16.6.4. A data de recebimento do prêmio, para as despesas gerais da Seguradora;

16.6.5. O término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico.

17. OBRIGAÇÃO DO ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTE

17.1. Constituem obrigações do Estipulante ou Subestipulante:

I. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

IV. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

V. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for responsável por tais ações;

VI. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

VII. Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

VIII. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

X. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

XI. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante ou Subestipulante;

XII. Deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante ou Subestipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos desta cláusula.

17.2. É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante, nos seguros contributários:

I. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;

II. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado;

III. Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente; e

IV. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

17.3. Antes da aquisição do produto de seguro, o Estipulante ou Subestipulante deve disponibilizar formalmente ao cliente, no mínimo, informações sobre:

I. Qualquer participação, direta ou indireta, igual ou superior a 10% nos direitos de voto ou no capital que detenha em um ente supervisionado da SUSEP;

II. Qualquer participação, direta ou indireta, igual ou superior a 10% nos seus direitos de voto ou no seu capital detida por um ente supervisionado ou pelo controlador de um ente supervisionado;

III. A existência de alguma obrigação contratual para atuar como intermediário de produtos de seguros, de capitalização ou de previdência complementar aberta com exclusividade para um ou mais entes supervisionados, informando os respectivos nomes ou os nomes dos entes supervisionados para os quais atua como intermediário, caso não haja contrato de exclusividade; e

IV. Montante de sua remuneração pela intermediação do contrato, acompanhado dos respectivos valores de prêmio comercial ou contribuição do contrato a ser celebrado.

17.3.1. As informações de que tratam os itens I e II do subitem 17.3. devem ser disponibilizadas ao cliente por meio dos materiais de comercialização e de divulgação, canais de atendimento oficiais ou pelo respectivo sítio eletrônico, quando houver, devendo ser dada publicidade sobre a forma de acesso às informações.

17.3.2. A informação de que trata o item III do subitem 17.3. deve estar disponível no sítio eletrônico, quando houver, e constar da comunicação direcionada ao cliente.

18. REGIME FINANCEIRO

18.1. Este plano está estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples.

19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

19.1. As peças promocionais e de propaganda referente a divulgação do seguro, por parte do Estipulante/Subestipulante e/ou do Corretor de seguros, deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e Especiais. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.

19.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da Seguradora por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas contratações e/ou no cancelamento do seguro.

20. PRESCRIÇÃO

20.1. **Os prazos prescricionais são aqueles determinados na Lei.**

21. FORO

21.1. Fica eleito o Foro da comarca do Domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões judiciais decorrentes do presente Contrato de Seguro.

22. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

22.1. O Proponente reconhece que ao fornecer as informações necessárias para o preenchimento da Proposta de Adesão, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela Seguradora para a emissão do seguro, e sendo estabelecido a contratação do seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos da companhia, bem como, para o fim

único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do Segurado e Beneficiários, quando for o caso, serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

22.2. **O Segurado e os Beneficiários na condição de titulares dos dados pessoais, têm direito a obter em relação aos seus dados tratados pela Seguradora a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) acesso aos dados); (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.**

22.3. O Segurado e os Beneficiário estão cientes de que, para realizar qualquer uma das solicitações previstas no item 22.2 ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a Seguradora, por meio do portal de privacidade disponível no site da companhia: **https://zemaseguros.com.br/politica-privacidade/** ou através do e-mail: **privacidade@zemaseguros.com.br**, ou ainda pelo telefone **0800 025 9605 | opção 6**.

22.4. A Seguradora garante o cumprimento integral da Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer a integralidade a Política de Privacidade de Dados da Seguradora, por favor acesse: **https://zemaseguros.com.br/politica-privacidade/**

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. **A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.**

23.2. **O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.**

23.3. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.**

23.4. **As Condições Contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante no Certificado Individual e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO
COBERTURA BÁSICA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as Condições Contratuais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura, os eventos descritos como riscos excluídos constantes na cláusula 4. Riscos Excluídos das Condições Gerais, além dos riscos excluídos do conceito de Acidente Pessoal conforme indicado na cláusula 2. Definições das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro previsto no Certificado Individual de Seguro e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.

3.3. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura cancelará automaticamente a Cobertura Individual do Seguro, e o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

3.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de Carência será de no máximo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da cobertura individual.

5.2. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

5.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.

5.4. O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de Capital Segurado, após o início de vigência da cobertura individual, para o capital aumentado.

5.5. Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características da apólice vigente na congênere anterior.

6. FRANQUIA

6.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados, respeitado o disposto no item 14. Liquidação de Sinistros das Condições Gerais:

7.1.1. Morte decorrente de doença:

a) Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo representante do Segurado;
b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
c) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
d) Cópia do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
e) Declaração do representante do Segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver;

7.1.2. Do Credor (Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso):

a) Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
b) Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
c) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
d) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas.

7.1.3. Morte decorrente de acidente. Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

a) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

b) Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
c) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
d) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado (s);
e) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental (MA).

8.2. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as Condições Contratuais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos constantes na cláusula 4. Riscos Excluídos das Condições Gerais, e dos riscos excluídos do conceito de Acidente Pessoal conforme indicado na cláusula 2. Definições das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **a) Acidente Vascular Cerebral;**
- **b) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, e que sejam de seu conhecimento;**
- **c) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro previsto no Certificado Individual de Seguro e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.

3.3. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura cancelará automaticamente a Cobertura Individual do Seguro, e o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

3.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente do Segurado.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

5. CARÊNCIA

5.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.

6. FRANQUIA

6.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados, respeitado o disposto no item 14. Liquidação de Sinistros das Condições Gerais:

7.1.1. Morte decorrente de acidente:

a) Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo representante do Segurado;
b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
c) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
d) Cópia do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
e) Declaração do representante do Segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver;
f) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
g) Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
h) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
i) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado (s);
j) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

7.1.2. Do Credor (Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso):

a) Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
b) Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
c) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
d) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. **Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte (M).**

8.2. **Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.**

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as Condições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2. Definições das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura as seguintes definições:

2.1.1. **Invalidez Permanente Total por Acidente**: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 6 destas Condições Especiais, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.1.2. **Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.**

2.1.3. **A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização total.**

2.1.3.1. **Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos excluídos constantes na cláusula 4. Riscos Excluídos das Condições Gerais, e dos riscos excluídos do conceito de Acidente Pessoal conforme indicado na cláusula 2. Definições das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) Acidente Vascular Cerebral;

b) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

c) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;

d) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

e) **Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. **O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro previsto no Certificado Individual de Seguro e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.**

4.2. **O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.**

4.3. **O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura cancelará automaticamente a Cobertura Individual do Seguro, e o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.**

4.4. **Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente do Segurado.**

5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

5.1. **As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada a Cobertura de Morte (M) ou de Morte Acidental (MA).**

6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

6.1. **Caracterizada a Cobertura de invalidez permanente total por acidente, conforme previsto nesta Condição Especial, a Indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:**

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

9.1. Não há prazo de carência para esta Cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.

10. FRANQUIA

10.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados, respeitado o disposto no item 14. Liquidação de Sinistros das Condições Gerais:

11.1.1. Do Segurado:

a) Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
b) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) Cópia do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
e) Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
f) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
g) 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;
h) Declaração do Segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

11.1.2. Do Credor (Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso):

a) Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
b) Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
c) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;

d) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas.

11.2. **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**.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)

1. OBJETIVO

1.2. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos, destas Condições Especiais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as Condições Contratuais.**

1.2.1. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na cláusula 12. Liquidação do Sinistro destas Condições Especiais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2. Definições das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura as seguintes definições:

2.1.1. **Agravo Mórbido**: piora de uma doença.

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

2.1.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.1.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

2.1.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.6. **Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.1.7. **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

2.1.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.1.9. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.1.10. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.1.11. Dados Antropométricos: no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

2.1.12. Deambular: ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

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

2.1.14. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.1.15. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.1.16. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.1.17. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.1.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.19. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.1.20. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.1.21. Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

2.1.22. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.1.23. Etiologia: causa de cada doença.

2.1.24. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.1.25. Hígido: saudável.

2.1.26. Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.1.27. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.1.28. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.1.29. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.1.30. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.1.31. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.1.32. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

2.1.33. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.1.34. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

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

3.1.1. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

3.1.2. 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;

3.1.3. 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;

3.1.4. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

3.1.5. 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;

3.1.6. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

3.1.7. Deficiência visual, decorrente de doença:

3.1.7.1. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

3.1.7.2. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

3.1.7.3. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou

3.1.7.4. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

3.1.8. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

3.1.9. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

3.1.9.1. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

3.1.9.2. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

3.1.9.3. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.4. O 1° 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.

3.5. Para a classificação no 2° ou no 3° Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.6. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.7. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Além dos riscos excluídos constantes na cláusula 4. Riscos Excluídos das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das**

Funções Autonômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

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

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro previsto no Certificado Individual de Seguro e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

5.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.

5.3. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura cancelará automaticamente a Cobertura Individual do Seguro, e o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

5.4. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

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

5.6. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada conforme subitens 5.4. e 5.5.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte decorrente de doença, e de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, verificar-se a morte do Segurado em consequência da mesma doença, a importância já paga por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPTD) deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada a Cobertura de Morte (M).

7. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

7.1. 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.

7.2. 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 incapacidade parcial.

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência será de no máximo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da cobertura individual.

10.2. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

10.3. O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de Capital Segurado, após o início de vigência da cobertura individual, para o capital aumentado.

10.4. Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características da apólice vigente na congênere anterior.

11. FRANQUIA

11.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados, respeitado o disposto no item 14. Liquidação de Sinistros das Condições Gerais:

12.1.1. Do Segurado:

a) Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
b) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) Cópia do comprovante de endereço em nome do Segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
d) Declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos, constantes nas Condições Especiais;
e) Relatório do médico-assistente do Segurado: indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado;
f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
g) Declaração do Segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

12.1.2. Do Credor (Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso):

a) Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
b) Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
c) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
d) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. **Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.**

ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o Cotidiano	1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; Está capacitado a dirigir veículos automotores; Mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; Comunica-se com dificuldade; Realiza parcialmente as atividades do cotidiano; Possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; Não realiza atividades do cotidiano; Possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental?	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; Não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10
	3º GRAU: Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	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?	
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O Segurado realiza, sem assistência, 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?	00
	2º GRAU: 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)?	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	02
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou gravo mantido associado ou não à disfunção imunológicas?	04
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	04

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica?	08

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA INVOLUNTÁRIA (PRI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, e/ou rompimento contratual, por iniciativa do contratante, da relação de prestação de serviços especializados executados pelo Segurado, sob a forma exclusiva de Micro Empreendedor Individual, Empreendedor Individual e Sociedade Limitada Unipessoal (SLU), na qual o Segurado configure como único sócio e que represente sua principal fonte de rendimentos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as Condições Contratuais.**

1.1.1. A Cobertura de Perda de Renda Involuntária (PRI) não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

2.1. São elegíveis a esta Cobertura os Segurados com período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos com vínculo empregatício exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) para o mesmo empregador ou de prestação de serviços especializados de forma exclusiva para o mesmo contratante.

2.1.1. A qualquer tempo, constatado pela Seguradora que o Segurado não tinha, em algum período da vigência do seguro, o vínculo empregatício ou de prestação de serviços especializados mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos, os valores dos prêmios pagos indevidamente por esta Cobertura serão devolvidos atualizados nos termos da regulamentação específica.

2.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.

2.3. Para o Segurado Pessoa Jurídica - Micro Empreendedor Individual, Empreendedor Individual e Sociedade Limitada Unipessoal (SLU), o Contrato rescindido pelo contratante deve representar no mínimo 30% do faturamento mensal do Segurado.

2.4. Para recebimento da indenização, além do requisito do subitem 2.1. Acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado ou sem firmar novo contrato de prestação de serviços, que possua no mínimo o faturamento do Contrato rescindido, pelo período de 30 (trinta) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos excluídos constantes na cláusula 4. Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) **Extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017;**
b) **Pedido de demissão ou rescisão contratual pelo Segurado;**
c) **Adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;**
d) **Acordo entre Segurado e empregador/contratante;**
e) **Dispensa do empregado por justa causa;**
f) **Jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;**
g) **Perda de emprego ou rescisão contratual decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do Segurado;**
h) **Prestação de Serviço Militar;**
i) **Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses;**
j) **Extinção automática ou término do Contrato de trabalho ou Contrato firmado por Segurado Pessoa Jurídica - Micro Empreendedor Individual, Empreendedor Individual e Sociedade Limitada Unipessoal (SLU), quando o Contrato tiver prazo determinado;**
k) **Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;**
l) **Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2 destas Condições Especiais;**
m) **Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;**
n) **Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;**
o) **Militares que sejam exonerados de suas funções;**
p) **Rescisão contratual devido ao não cumprimento das cláusulas previstas no Contrato firmado pelo Segurado Pessoa Jurídica - Micro Empreendedor Individual, Empreendedor Individual e Sociedade Limitada Unipessoal (SLU);**
q) **Proponentes que sejam 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. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro previsto no Certificado Individual de Seguro e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

4.2. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da Obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis. A forma e a periodicidade do pagamento do Capital Segurado desta Cobertura serão definidas na contratação do seguro e indicadas no Contrato de Seguro.

4.3. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura cancelará automaticamente a Cobertura Individual do Seguro, e o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado, ou a data da rescisão contratual por iniciativa do contratante quando o Segurado for Pessoa Jurídica - Micro Empreendedor Individual, Empreendedor Individual e Sociedade Limitada Unipessoal (SLU).

5. REINTEGRAÇÃO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. CARÊNCIA

8.3. O período de Carência será de no máximo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da cobertura individual.

8.4. O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de Capital Segurado, após o início de vigência da cobertura individual, para o capital aumentado.

8.5. Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características da apólice vigente na congênere anterior.

7. FRANQUIA

7.1. O período de Franquia será de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, que será contado a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador, ou a data

da rescisão contratual por iniciativa do contratante quando o Segurado for Pessoa Jurídica - Micro Empreendedor Individual, Empreendedor Individual e Sociedade Limitada Unipessoal (SLU).

7.2. As despesas da Obrigação assumida junto ao Credor no período de franquia são de responsabilidade exclusiva do Segurado.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados, respeitado o disposto no item 14. Liquidação de Sinistros das Condições Gerais:

9.1.1. Do Segurado:

a) Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
b) Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
c) Cópias das seguintes páginas da carteira de trabalho do Segurado: página da foto, página da qualificação civil, página do último contrato de trabalho (página da admissão e dispensa e página posterior, e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver), serão aceitos também a cópia dos documentos mencionados, por meio da carteira de trabalho digital;
d) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
e) Cópia do Comunicado de Dispensa para o Seguro Desemprego;
f) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário do Segurado;
g) Cópia da Ficha de Registro do Empregado;
h) Cópia do Contrato firmado pelo Segurado, quando o mesmo for Pessoa Jurídica - Micro Empreendedor Individual, Empreendedor Individual e Sociedade Limitada Unipessoal (SLU);
i) Cópia do termo de rescisão contratual realizado pelo contratante, quando o Segurado for Pessoa Jurídica - Micro Empreendedor Individual, Empreendedor Individual e Sociedade Limitada Unipessoal (SLU);
j) Cópia dos 3 (três) últimos faturamentos do Segurado Pessoa Jurídica - Micro Empreendedor Individual, Empreendedor Individual e Sociedade Limitada Unipessoal (SLU), relativo a todos os contratos mantidos pelo Segurado;
k) Declaração do Segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

9.1.1.1. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada no Contrato de Seguro e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de Indenização.

9.1.2. Do Credor (Estipulante ou Subestipulante, conforme o caso):

a) Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
b) Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
c) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
d) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRITT-AD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante 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, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as Condições Contratuais**.

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definidos no item 2 das Condições Gerais.

2.1.1. 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

3.1. Além dos riscos excluídos constantes na cláusula 4. Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) 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;

b) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

c) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

d) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

e) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;

f) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

g) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico; infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);

h) 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;

i) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro previsto no Certificado Individual de Seguro e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

4.2. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da Obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis. A forma e a periodicidade do pagamento do Capital Segurado desta Cobertura serão definidas na contratação do seguro e indicadas no Contrato de Seguro.

4.3. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura cancelará automaticamente a Cobertura Individual do Seguro, e o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do afastamento do Segurado da sua atividade laborativa, por determinação médica.

5. REINTEGRAÇÃO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos de morte por acidente ou doença, e incapacidade física total e temporária por acidente ou doença, não se acumulam.

6.2. Se, depois de pagar uma indenização por Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (PRITT-AD) deve ser deduzida do valor do

Capital Segurado por morte, se contratada a Cobertura de Morte (M) ou de Morte Acidental (MA).

6.3. Se, depois de pagar uma indenização por Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Doença, verificar-se a morte do Segurado em consequência da mesma doença, a importância já paga por Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (PRITT-AD) deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada a Cobertura de Morte (M).

7. CARÊNCIA

7.1. O período de Carência será de no máximo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da cobertura individual.

7.2. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

7.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.

7.4. O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de Capital Segurado, após o início de vigência da cobertura individual, para o capital aumentado.

7.5. Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características da apólice vigente na congênere anterior.

8. FRANQUIA

8.1. O período de franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.

8.2. As despesas da Obrigação assumida junto ao Credor no período de franquia são de responsabilidade exclusiva do Segurado.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados, respeitado o disposto no item 14. Liquidação de Sinistros das Condições Gerais:

10.1.1. Do Segurado:

a) Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
b) Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
c) Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento da sua atividade laborativa, justificando o período indicado;
d) Exames médicos complementares realizados;
e) 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;
f) Declaração do Segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

9.1.1.1. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada no Contrato de Seguro e tem a finalidade de comprovar o estado de incapacidade física, para continuidade do processo de Indenização.

10.1.2. Do Credor:

a) Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
b) Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
c) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
d) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.