



**SEGURO INDIVIDUAL - DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
(DIT)**

Condições Gerais

Processo SUSEP nº 15414.604621/2024-58

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	4
2.	DEFINIÇÕES.....	4
3.	COBERTURA DO SEGURO	10
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	11
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	15
6.	CARÊNCIA	15
7.	FRANQUIA	16
8.	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	17
9.	VIGÊNCIA DO SEGURO	18
10.	LIMITE DE DIÁRIAS	18
11.	CAPITAL SEGURADO.....	19
12.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	21
13.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	24
14.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR IDADE	25
15.	PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	25
16.	PERDA DE DIREITO	26
17.	CANCELAMENTO DO SEGURO	28
18.	OBRIGAÇÕES.....	29
19.	BENEFICIÁRIOS.....	31
20.	REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	31
21.	COMPROVAÇÃO DO SINISTRO.....	36
22.	JUNTA MÉDICA	37
23.	REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL.....	37
24.	REGIME FINANCEIRO.....	38
25.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	38

26. SUB-ROGAÇÃO.....	38
27. FORO	38
28. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	38

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado contratado, proporcional ao período de incapacidade temporária, que impossibilite o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação remunerada de forma contínua e ininterrupta, por período temporário, enquanto se encontrar sob tratamento médico, por motivo oriundo de doença ou acidente pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência da Cobertura contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR AS INDENIZAÇÕES DOS SINISTROS OCORRIDOS NO MESMO PERÍODO, ESTIMADOS PELO RISCO DE OCORRÊNCIA DO EVENTO COBERTO, NÃO HAVENDO, PORTANTO, A CONSTITUIÇÃO DE RESERVA MATEMÁTICA.

O Seguro comercializado pela CAPEMISA é um seguro individual de Incapacidade Temporária. Sendo assim, tal produto não se caracteriza como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento, e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s).

2. DEFINIÇÕES

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

Excluem-se deste conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressaltadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como as Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "Invalidez Acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido acima; e
- e) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma Doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

2.2 Apólice de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

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

2.4 Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou Terceiros Interessados é(são) obrigado(s) a fazer à Seguradora assim que tenha seu conhecimento. O aviso só é configurado a partir da entrega da documentação completa.

2.5 Beneficiário: O(s) Beneficiário(s) são as pessoas designadas para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. De acordo com as definições da cobertura contratada, o(s) Beneficiário(s) pode(m) ser o próprio Segurado, ou aquele(s) indicados(s) livremente pelo Segurado em um documento hábil, ou ainda, na ausência de indicação, aquele(s) em conformidade com a legislação aplicável à herança. A indicação, quando for o caso, pode ser substituída, a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio Segurado.

2.6 Boa-Fé: É um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade e transparência na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

2.7 Cancelamento do Seguro: É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência por algum dos motivos previstos nestas Condições Gerais.

2.8 Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora como indenização, na ocorrência do sinistro coberto, durante a vigência da Apólice, respeitando as Condições Gerais.

2.9 Capital Segurado Diário: É o valor da diária contratada, conforme as regras descritas nestas Condições Gerais.

2.10 Capital Segurado Mensal: É a multiplicação do valor do Capital Segurado Diário contratado por 30 (trinta) dias, conforme as regras descritas nestas Condições Gerais.

2.11 Capital Segurado Total: É a multiplicação do valor do Capital Segurado Diário contratado pelo limite de diárias contratadas, conforme as regras descritas nestas Condições Gerais.

2.12 Carregamento: É o percentual que incide sobre o prêmio, definindo a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização da Seguradora.

2.13 Coberturas: São os riscos assumidos pela Seguradora perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.14 Coberturas de Risco: São as coberturas do Seguro Sobre a Vida e a Integridade Física, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

2.15 Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

2.16 Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários, bem como as características gerais do Seguro.

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

2.18 Contrato de Seguro: É o documento que estabelece para uma das partes (Seguradora), mediante pagamento (Prêmio) pela outra parte (Segurado), a obrigação de pagar, a este, determinada importância, no caso de ocorrência de um Sinistro. É constituído de dois

documentos principais, a saber, a Proposta e a Apólice. Na Proposta, o Proponente do Seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do Risco, e, caso a Seguradora opte pela Aceitação do mesmo, é emitida a Apólice, formalizando a contratação.

2.19 Corretor de Seguros: É a pessoa física ou jurídica, legalmente habilitada e autorizada a angariar e a promover Contratos de Seguro, sendo remunerada mediante o pagamento de comissões estabelecidas para o produto ou contratação.

2.20 Declaração Pessoal de Saúde (DPS): É o conjunto de informações fornecidas pelo Proponente à Seguradora sobre suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, que configura parte integrante da Proposta de Contratação, em que o Segurado se responsabiliza pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

2.21 Declaração Médica: Documento onde deverão constar registros médicos, feito por um médico assistente legalmente habilitado, que comprove o atingimento do estágio de incapacidade temporária do Segurado, indicando o período prescrito para o afastamento por incapacidade.

2.22 Doenças ou Lesões Preexistentes: As doenças, lesões ou sequelas, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do Seguro, que são de prévio conhecimento do Segurado, e que, se não forem declaradas na Proposta de Contratação, não geram para o Segurado ou Beneficiário o direito à Indenização.

2.23 Endosso: É o documento emitido pela CAPEMISA, por intermédio do qual são alterados dados e condições do Contrato de comum acordo com o Segurado.

2.24 Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela cobertura contemplada nestas Condições Gerais, desde que contratadas na Apólice.

2.25 Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora e que deve ser preenchido e enviado à CAPEMISA, pelo Segurado, Beneficiário ou Terceiro interessado, logo que tenha conhecimento da ocorrência do sinistro.

2.26 Franquia: É o período ininterrupto de dias dentro da vigência da Cobertura Contratada, contado a partir da data da ocorrência do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à Cobertura do Seguro. A Franquia será deduzida por evento.

2.27 Incapacidade Temporária: Entende-se por Incapacidade Temporária a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, para o pleno exercício de todas as atividades

remuneradas exercidas pelo Segurado, e que seja causada por acidente pessoal ou doença cobertos, atestada por um médico assistente legalmente habilitado.

2.28 Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

2.29 Início de Vigência: É a data a partir da qual as Coberturas de Risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.30 Limite de Diárias: Entende-se por Limite de Diárias a quantidade máxima de Diárias a que o Segurado fará jus, contadas a partir do término do período de Franquia, por cada Evento Coberto.

2.31 Liquidação de Sinistro: É o processo para pagamento da indenização ao(s) Beneficiário(s).

2.32 Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Não serão aceitos como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.33 Nota Técnica Atuarial: É o documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

2.34 Período de Cobertura: É o período, contado a partir do início de vigência, durante o qual o(s) Beneficiário(s), em caso de ocorrência do sinistro, fará(ão) jus à indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, observado o período de carência e franquia, se houver.

2.35 Plano de Seguro: É o conjunto dos documentos composto por estas Condições Gerais e pela Nota Técnica Atuarial que definem as características deste Seguro, comercializado pela Seguradora. O Plano de Seguro é submetido à SUSEP, para autorização de comercialização.

2.36 Prazo de Carência: É o período, contado a partir da data de início de vigência da Cobertura Contratada, ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento integral do Capital Segurado contratado ou da parte aumentada, como indenização.

2.37 Prazo de Tolerância: É o período contado a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento do prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus à cobertura contratada.

2.38 Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

2.39 Proponente: É a pessoa física interessada em contratar a Cobertura de Seguro, apresentando à Seguradora uma Proposta de Contratação com informações de sua responsabilidade.

2.40 Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, expressa a intenção de contratar a cobertura do Seguro, manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas nas Condições Contratuais.

2.41 Regime Financeiro de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

2.42 Reintegração de Capital: Restabelecimento do Capital Segurado contratado, após a ocorrência do sinistro e pagamento da Indenização do evento coberto.

2.43 Risco: É o evento futuro ou incerto, de natureza súbita e imprevista, que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro.

2.44 Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo plano.

2.45 Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro, caso aceito pela Seguradora.

2.46 Seguradora: É a Empresa, devidamente constituída e legalmente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A.

2.47 Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga, mediante pagamento de prêmio pelo Segurado, a indenizar outra (Beneficiário(s)) pela ocorrência de

determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

2.48 Sinistro: É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

2.49 Superintendência de Seguros Privados (SUSEP): Autarquia responsável pelo controle e fiscalização do mercado de Seguro, Previdência Privada Aberta, Capitalização e Resseguro.

2.50 Vigência do Seguro: É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

3. COBERTURA DO SEGURO

3.1 O Seguro terá a cobertura descrita abaixo:

Diária de Incapacidade Temporária (DIT): Pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado Total contratado, relativa à impossibilidade contínua e ininterrupta, por período temporário, de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação remunerada, atestada por declaração médica e causada por acidente pessoal ou doença coberto pelo Seguro durante a Vigência da Cobertura Contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e desde que respeitadas as condições contratuais.

3.2 A quantidade máxima de Diárias por Incapacidade Temporária indenizáveis que o Segurado terá direito a cada período de vigência do seguro será definida na Proposta de Contratação, como Limite de Diárias contratadas, independentemente do número de Eventos Cobertos durante a referida Vigência.

3.3 Para cada Evento Coberto, a quantidade de Diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o Segurado ficar afastado por Incapacidade Temporária, deduzindo-se os dias relativos ao período de Franquia, conforme disposto no item *Franquia* e observado o limite de diárias contratado.

3.3.1 O pagamento das Diárias se extinguirá com o retorno do Segurado à atividade profissional, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do Limite de Diárias contratado.

3.4 Se o período de Cobertura por evento que resulte em Incapacidade Temporária do Segurado exceder a Vigência da Cobertura Contratada, a indenização será mantida até o fim

do afastamento determinado na declaração médica, observado o Limite de Diárias contratado.

3.5 Se ficar verificado pela perícia médica que a Incapacidade de caráter Temporário evolui para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do Segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice;
- b) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- d) atos de Terrorismo Nuclear, Biológico ou Químico. Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor estas Condições Gerais;
- e) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora;
- f) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo, salvo se proveniente de serviço militar;
- g) participação em disputas ou duelos (amadores e profissionais);

- h) Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura;
- i) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas consequências se manifestem durante a Vigência da Cobertura do Segurado;
- j) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- k) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos 2 (dois) primeiros anos da Vigência da Cobertura Contratada;
- l) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- m) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, choque anafilático, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, desde que decorrentes de acidente pessoal não coberto;
- n) tratamentos e suas consequências em qualquer tempo, destinados a correção de infertilidade, esterilidade, impotência, mudança de sexo, assim como aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos a quaisquer das questões aqui relacionadas;
- o) tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção/alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto nas condições previstas no item anterior, quando necessários à restauração / reparação / reconstrução da função de algum órgão ou membro, alterada em razão de evento ocorrido na vigência do seguro;
- p) quaisquer tratamentos e suas consequências, em qualquer tempo, para emagrecimento mesmo que para obesidade mórbida;
- q) tratamento para senilidade e outras manifestações senis, repouso, convalescença física e/ou psíquica, qualquer que seja a origem, mesmo com indicação médica;

- r) tratamento odontológico e buco-maxilo-faciais de qualquer espécie, origem ou indicação;
- s) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMMF);
- t) atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;
- u) atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada;
- v) para portadores de deficiência física:
 - Lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
 - Condições clínicas advindas de qualquer complicação, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos;
 - Lesões e disfunções preexistentes de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais mesmo que temporárias, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.
- w) condução de veículo sem a devida habilitação (CNH) para a respectiva categoria;
- x) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidade acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nestas condições contratuais;
- y) hospitalizações para check-up;
- z) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- aa) infecções oportunistas, condições infecciosas recidivantes e doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e suas consequências;
- bb) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, incluindo síndrome do pânico e estresse, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia,

psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

cc) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior ao período de franquia contratado;

dd) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

ee) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

ff) lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais degenerativas, dorsalgias e cervicalgias;

gg) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias;

hh) ceratotomia radial e demais condutas refrativas, mesmo que decorrentes de acidentes pessoais;

ii) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;

jj) envenenamento de caráter coletivo;

kk) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

ll) doença Miofascial;

mm) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);

nn) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

oo) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;

pp) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;

qq) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;

rr) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;

ss) anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;

tt) quando ocorrer o agravamento intencional do risco, por parte do Segurado;

uu) doação intervivos;

vv) gravidez, parto e suas consequências, exceto se decorrente de acidentes pessoais.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3 A Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização, quando a Incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.4 Quando os eventos abaixo forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal coberto, a Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária:

a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

b) complicações da Gravidez, parto e suas consequências;

c) toda e qualquer condição obstétrica, incluindo abortos, provocados ou não, e suas decorrências imediatas, mediatas e tardias.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CARÊNCIA

6.1 É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro, ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado não terá direito ao recebimento do Capital Segurado contratado, como indenização, conforme definido nas Condições Contratuais.

6.2 Fica estipulado o prazo de carência de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início da vigência da Cobertura Contratada.

6.2.1 Poderá haver a isenção de carência, a exclusivo critério da Seguradora, conforme análise do risco. A Carência definida será apresentada na Apólice do Segurado.

6.3 Haverá Carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da Cobertura Contratada.

6.4 Fica estipulado o prazo de carência de 60 (sessenta) dias, aos aumentos de Capital Segurado, período este em que o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito à parte aumentada.

6.4.1 Poderá haver a isenção de carência, a exclusivo critério da Seguradora, conforme análise do risco. A carência definida será apresentada na Apólice do Segurado.

6.4.2 Em caso de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência do Endosso de aumento de Capital Segurado da cobertura contratada, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito sobre a parte aumentada.

6.5 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa.

6.6 Não haverá Carência entre eventos cobertos, caso ocorra mais de um sinistro durante a vigência da Apólice.

6.7 Não se aplica a devolução ou resgate de prêmios pagos em caso de sinistro do Segurado durante o Período de Carência.

6.8 O pagamento antecipado de prêmio não elimina a Carência estabelecida para o seguro.

7. FRANQUIA

7.1 Franquia é o período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à Cobertura do Seguro.

7.2 Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Diárias por Incapacidade Temporária, a partir do 16º (décimo sexto) dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado por determinação médica. Poderá ser ofertada a contratação da opção de franquia reduzida de 12 (doze) dias, mediante o agravamento do prêmio, nesse caso estarão cobertas as diárias a partir do 13º (décimo terceiro) dia do afastamento.

7.3 O valor da indenização para esta cobertura será devido quando houver a ocorrência da incapacidade coberta após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o término do período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1 A aceitação do Contrato de Seguro somente será feita mediante Proposta de Contratação datada e assinada pelo Proponente ou seu Representante Legal.

8.2 O preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde (DPS) para análise do risco, quando da contratação da cobertura e em casos de aumento do Capital Segurado é obrigatório, podendo, a critério exclusivo da Seguradora, facultar ou dispensar seu preenchimento.

8.3 Poderão adquirir este Seguro os Proponentes que, na data de assinatura da Proposta de Contratação tenham idade mínima de 16 (dezesesseis) anos e máxima 65 (sessenta e cinco) anos de idade, com residência fixa no Brasil.

8.4 A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar sobre a não aceitação da Proposta de Contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para Seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. No caso do término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias sem que tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, se caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

8.5 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 completa da documentação.

8.6 No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora deverá enviar, obrigatoriamente, uma comunicação formal ao Proponente, justificando a recusa, devidamente fundamentada.

8.7 Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e disponibilizará ao Segurado a Apólice, em até 15 (quinze) dias a partir da data de sua aceitação.

8.8 Se o Segurado, por si ou por quaisquer de seus Representantes, de má-fé, prestar informações inexatas na formação do contrato ou omiti-las, o Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação da informação inexata ou omitida aconteça quando ocorrer algum evento que estaria coberto pela Apólice.

8.8.1 Se a inexatidão ou omissão na informação, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o disposto no item *Perda de Direito* destas Condições Gerais.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

9.1 O prazo de vigência para este seguro encerra-se quando o Segurado completar 71 (setenta e um) anos de idade.

9.2 A Apólice e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados.

9.2.1 Nos Contratos de Seguro assinados pelo Proponente ou por seu Representante Legal, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta.

9.3 O primeiro prêmio emitido corresponderá à cobertura do risco contratado a partir do início de vigência da Apólice, até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual).

9.4 Cada prêmio emitido seguinte terá seu início de vigência correspondente da cobertura do risco contratado no dia subsequente ao fim de vigência do prêmio anterior, que vigorará até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral semestral ou anual).

10. LIMITE DE DIÁRIAS

10.1 O limite de diárias será a quantidade máxima de Diárias indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice do Segurado.

10.2 A quantidade máxima de Diárias contratadas, definida na Proposta de Contratação, poderá ser:

- 30 (trinta);
- 60 (sessenta);
- 90 (noventa);
- 120 (cento e vinte);
- 180 (cento e oitenta) ou

- 365 (trezentos e sessenta e cinco) Diárias por Evento Coberto, observado o período de Carência e a Franquia dedutível.

10.3 Pelo mesmo evento, o número de Diárias indenizadas não pode superar o Limite de Diárias Contratadas.

10.4 As Diárias não utilizadas em um evento não se acumulam para os próximos eventos.

10.5 Para cada evento coberto, a quantidade de Diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o Segurado ficar afastado por Incapacidade Temporária, deduzindo-se os dias relativos ao período de Franquia, conforme disposto no item *Franquia* e observado o Limite de Diárias Contratado.

10.6 **Caso sejam contratados os Limites de Diárias 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias ou 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, o número máximo de Diárias a serem pagas será de 90 (noventa) dias, para eventos comprovadamente diagnosticados após o início de vigência desta cobertura, decorrentes de:**

- a) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;**
- b) Cirrose hepática; e**
- c) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras.**

11. CAPITAL SEGURADO

11.1 Entende-se como Capital Segurado Total a multiplicação do valor da Diária contratada pelo Limite de Diárias contratadas, sendo este o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

11.2 Considera-se como Capital Segurado Diário o valor da Diária contratada, limitado a 100% (cem por cento), da renda média mensal do Segurado, líquida de Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), convertida em base diária (dividida por 30 (trinta)). A renda considerada para fins de cálculo deverá ser proveniente do exercício de atividade remunerada de caráter profissional, e será apurada com base em documentos comprobatórios idôneos.

11.2.1 Caberá ao Segurado manter o valor da Diária de Incapacidade Temporária vigente limitada a 100% (cem por cento), da renda média mensal líquida de Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) dividida por 30 (trinta).

11.3 O período de referência para apuração da renda média mensal será definido pela Seguradora e regularmente informado no momento da regulação do sinistro, limitado ao prazo máximo de até 6 (seis) meses imediatamente anterior à ocorrência do evento, observados critérios técnicos, a natureza da atividade exercida e as informações disponíveis.

11.3.1 Não ocorrendo a atualização da renda e havendo a ocorrência de sinistro, a indenização a ser paga considerará o valor do Capital Segurado Diário contratado, desde que limitada ao valor da renda efetivamente comprovada no processo de regulação de sinistro.

11.4 O valor da Diária e a quantidade máxima de Diárias indenizáveis desta cobertura são definidos pelo Segurado na Proposta de Contratação, observando-se o limite de comercialização da cobertura.

11.4 Para cada evento coberto, a quantidade de Diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o Segurado ficar afastado por Incapacidade Temporária, deduzindo-se os dias relativos ao período de Franquia, conforme disposto no item *Franquia* e observado o Limite de Diárias contratado.

11.5 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

a) **Em caso de doença:** a data do diagnóstico médico da doença que solicita o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho para tratamento médico;

b) **Em caso de acidente:** data do acidente que gerou a Incapacidade Temporária e o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

11.6 Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

11.7 O valor da indenização, no momento do sinistro, não poderá ultrapassar o valor do Capital Segurado Total estipulado na Proposta de Contratação, salvo em caso de atualização monetária (reajuste) ou mora da Seguradora.

11.8 O valor do Prêmio e do Capital Segurado serão atualizados monetariamente conforme disposto no item *Atualização Monetária*.

11.9 Alteração do Capital Segurado:

11.9.1 O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado, que será formalizada por meio de Proposta de Alteração submetida à Seguradora. O novo valor da diária está sujeito a limitação definida no item 11.2.

11.9.2 A aceitação da alteração de Capital Segurado estará sujeita à análise de risco, conforme previsto no item *Aceitação do Seguro* destas Condições Gerais. Esta alteração somente produzirá efeito após a aceitação formalizada por meio de Endosso e emissão do novo prêmio correspondente ao Capital Segurado alterado.

11.10 Sobre o aumento de Capital Segurado solicitado após o início de vigência, será aplicado o prazo de Carência sobre a diferença do Capital Segurado aumentado, conforme previsto no item *Carência* destas Condições Gerais.

11.11 É vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado, sem solicitação expressa do Segurado.

11.12 Caso existam outras coberturas na mesma Apólice que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente para apuração da indenização devida limitada ao respectivo Capital Segurado contratado.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 O Segurado deverá efetuar o pagamento integral de cada prêmio de acordo com o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação, sendo de sua inteira responsabilidade garantir a comprovação de que todos os prêmios foram pagos de forma correta.

12.1.1 A comprovação do pagamento, quando necessária, ocorrerá por meio do envio de um documento suporte comprobatório, referente a qualquer um dos meios de pagamento disponíveis. Neste caso, caberá à CAPEMISA verificar as informações junto à instituição de cobrança conveniada.

12.2 Quando o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação for averbação em folha de pagamento, deverão ser observados os critérios elencados a seguir:

12.2.1 Caso o pagamento do prêmio do plano contratado seja processado com sucesso, e em seu valor integral, pelo consignante na folha de pagamento do Segurado, a ausência de repasse à CAPEMISA desses prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar prejuízo ao Segurado ou respectivos Beneficiários, no que se refere à cobertura prevista nessas Condições Gerais e demais direitos oferecidos na Apólice.

12.3 Quando o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação for boleto bancário, este ficará disponível no ambiente digital do Segurado e/ou será enviado pela CAPEMISA por correspondência física ou eletrônica, com antecedência de, pelo menos, 10 (dez) dias da data de seu vencimento, exceto para o boleto referente a primeira parcela, que será disponibilizado com antecedência de 05 (cinco) dias para o vencimento.

12.3.1 O Segurado que não receber o boleto bancário, deverá entrar em contato, imediatamente, com a Central de Relacionamento CAPEMISA e/ou outros canais de atendimento disponíveis.

12.4 Quando o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação for débito em conta, é responsabilidade do Segurado efetuar e manter a autorização do débito junto à instituição bancária, bem como saldo suficiente em conta para a efetivação do referido débito.

12.5 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado manter os dados atualizados do cartão para garantir o correto lançamento da cobrança.

12.6 Caso o prêmio do Seguro contratado não seja pago, ou o pagamento esteja abaixo do valor integral devido, poderá a CAPEMISA efetuar cobrança de forma alternativa ou complementar do valor que integre a totalidade do prêmio devido.

12.6.1 Em caso de a cobrança alternativa ou complementar via débito em conta, ela será efetuada conforme autorização expressa do Segurado na Proposta de Contratação ou em formulário de autorização para débito em conta.

12.6.2 No caso de a cobrança alternativa ou complementar não funcionar, o contrato será considerado inadimplente e o Segurado sujeito às ações de cobrança, além de estar apto ao cancelamento por parte da Seguradora, de acordo com as regras definidas nessas Condições Gerais.

12.7 O Segurado que desejar alterar o meio de pagamento deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento CAPEMISA e/ou outros canais de atendimento disponíveis e verificar as alternativas disponíveis para formalizar a alteração.

12.8 O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado definido, o que constará da Proposta de Contratação.

12.9 O valor do Prêmio Inicial é calculado multiplicando o valor do Capital Segurado Mensal Contratado pela taxa comercial correspondente à idade do Segurado, na data de assinatura da Proposta de Contratação.

12.10 O prêmio poderá ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação.

12.10.1 Para forma de pagamento através de desconto em folha, a periodicidade de pagamento ficará restrita a periodicidade prevista no convênio firmado junto ao ente conveniado.

12.11 O valor do Prêmio e do Capital Segurado serão atualizados monetariamente conforme disposto no item *Atualização Monetária*.

12.12 Além da atualização monetária, o valor do prêmio sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma de lei, conforme disposto no item *Reenquadramento do Prêmio por Idade*.

12.13 Se a data de vencimento da cobrança para o pagamento do prêmio coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

12.14 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro vigente até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.

12.15 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento não quita os eventuais débitos de prêmio(s) anterior(es) em aberto.

12.16 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora, estritamente enquadrados nos subitens abaixo, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva

pelo índice estabelecido no item *Atualização Monetária*, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

12.16.1 No caso de cancelamento do Seguro, os valores que se trata neste item serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

12.16.2 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores que se trata neste item serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

12.16.3 No caso de nulidade do Contrato de Seguro não decorrente de má-fé, os valores que se trata neste item serão exigíveis a partir da data que se comprova a nulidade do contrato.

12.17 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado serão acrescidos de atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item *Atualização Monetária*, a partir da data em que se tornarem exigíveis, multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) a.m., ou sua equivalente diária.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

13.1 Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a vigência do Seguro, no aniversário de vigência da Apólice, pelo IPCA- IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado dos 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao mês de aniversário de vigência da Apólice.

13.2 Caso a variação anual do IPCA- IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) seja negativa, não será aplicado atualização monetária sobre o prêmio e o Capital Segurado.

13.3 Para a hipótese de não ser possível seguir os procedimentos de atualização monetária previstos nesta Condição Geral, em virtude da edição de lei ou medida governamental que altere os critérios de atualização monetária, o Segurado e a Seguradora ajustam as seguintes disposições:

13.3.1 Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado o índice que vier a substituí-lo.

13.3.2 A atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro cessará apenas no caso em que essa atualização venha a ser vedada pela Lei; ou

13.3.3 Se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

14. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR IDADE

14.1 Além da atualização monetária, o valor do prêmio sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma de lei.

14.2 No mês de aniversário da Apólice, o respectivo prêmio será automaticamente ajustado com o percentual correspondente a nova idade do participante, estabelecido na tabela abaixo:

Idade	Percentual de Reajuste (%)	Idade	Percentual de Reajuste (%)	Idade	Percentual de Reajuste (%)	Idade	Percentual de Reajuste (%)
16	0,00%	30	3,00%	44	3,33%	58	1,78%
17	5,80%	31	3,33%	45	3,22%	59	1,75%
18	5,49%	32	3,22%	46	2,91%	60	1,72%
19	5,20%	33	3,12%	47	2,82%	61	1,69%
20	4,94%	34	3,03%	48	2,75%	62	1,67%
21	3,55%	35	2,94%	49	2,67%	63	1,64%
22	3,43%	36	3,84%	50	2,60%	64	1,61%
23	3,32%	37	3,70%	51	2,04%	65	1,59%
24	3,21%	38	3,56%	52	2,00%	66	1,56%
25	3,11%	39	3,44%	53	1,96%	67	1,54%
26	3,41%	40	3,33%	54	1,92%	68	1,51%
27	3,30%	41	3,70%	55	1,88%	69	1,49%
28	3,20%	42	3,57%	56	1,85%	70	1,47%
29	3,10%	43	3,45%	57	1,82%		

15. PRAZO DE TOLERÂNCIA

15.1 Caso o Segurado não efetue à Seguradora o pagamento dos prêmios até a data do seu vencimento, fica garantido o direito à cobertura desde que o atraso no pagamento do prêmio, contado a partir do recebimento da notificação, ou a sua recusa ou frustração, não ultrapasse 90 (noventa) dias, sendo esse período denominado Prazo de Tolerância.

15.2 Se o prêmio não for pago até a data estabelecida, conforme disposto no item *Pagamento do Prêmio*, o Segurado poderá pagar posteriormente o prêmio em atraso acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios iguais a 1% (um por cento) a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse o prazo estabelecido no item 15.1.

15.3 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o índice definido no item *Atualização Monetária*.

15.4 Caso o Segurado permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento integral dos prêmios devidos) por período superior ao estabelecido no item 15.1, a Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

15.5 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à Indenização, a mesma será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios iguais a 1% (um por cento) a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

16. PERDA DE DIREITO

16.1 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má-fé.

16.2 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo Segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

- a) cancelar o seguro;
- b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

16.3 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

16.4 Se o Segurado, por si, por seu Representante ou Corretor de Seguros, de má-fé, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

16.4.1 Considera-se doenças preexistentes todas e quaisquer doenças e/ou lesões preexistentes que o Segurado tenha conhecimento antes da contratação do Seguro.

16.4.2 É dever do Segurado e/ou seu representante informar à Seguradora as doenças e/ou lesões preexistentes durante o processo de contratação do seguro.

16.4.3 Não haverá cobertura sobre qualquer doença e/ou lesões preexistentes que seja de conhecimento do Segurado e que não tenha sido comunicada na Proposta ou na Declaração Pessoal de Saúde, por ele e/ou seu representante.

16.5 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, de seu representante, ou do Corretor de Seguros, a Seguradora deverá:

16.5.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, se o risco for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ocorrendo a restituição dos prêmios pagos pelo Segurado; ou

b) Permitir a continuidade do seguro, reduzindo proporcionalmente o Capital Segurado contratado ao prêmio pago considerando as informações anteriormente não reveladas.

16.5.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) Cancelar o seguro, se o risco for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ocorrendo a restituição dos prêmios pagos pelo Segurado; ou

b) Pagar o Capital Segurado, reduzido proporcionalmente ao prêmio pago, considerando as informações anteriormente não reveladas.

16.5.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

a) Cancelar o seguro, se o risco for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ocorrendo a restituição dos prêmios pagos pelo Segurado; ou

b) Pagar o Capital Segurado, reduzido proporcionalmente ao prêmio pago, considerando as informações anteriormente não reveladas.

16.5.4 O(s) Beneficiário(s) ou o Interessado deverão comunicar prontamente à CAPEMISA SEGURADORA S/A a ocorrência ou a iminência de sinistro, por qualquer meio idôneo, bem

como deverá prestar todas as informações de que disponha acerca do evento, suas causas e consequências, sempre que solicitado pela Seguradora, de modo a colaborar com a adequada regulação do sinistro.

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

16.6 Caso a Cobertura seja enquadrada como tecnicamente impossível durante a vigência do contrato, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto, com a previsibilidade da devolução dos prêmios pagos após a data de conhecimento do risco impossível, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

16.7 O contrato será considerado nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco coberto é impossível ou já se realizou, sendo devido o dobro do valor do prêmio pago à parte que não tiver o conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco.

16.8 Será considerada nula a garantia relativa a evento decorrente de ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou por Representante de um ou de outro, não cabendo qualquer pagamento de indenização. A nulidade da garantia não se aplica quando o ato doloso for praticado por Representante do Segurado ou do Beneficiário em prejuízo destes, desde que o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não tenham conhecimento do ato doloso, hipótese em que o direito à indenização será preservado.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1 O não pagamento do Prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados na Proposta de Contratação poderá acarretar o cancelamento automático do Seguro, se após notificado, não houver regularizado a adimplência do prêmio antes de completar o período estabelecido no item *Prazo de Tolerância*.

17.1.1 A notificação a que se refere o item anterior poderá ser feita por meio de carta, e-mail, SMS ou qualquer outro meio físico ou digital disponível ao cliente, resguardada a sua privacidade.

17.2 Caso o Segurado não regularize a sua inadimplência até o último dia estabelecido no item *Prazo de Tolerância*, a Seguradora ficará integralmente liberada do pagamento do sinistro ocorrido a partir de então.

17.3 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

17.4 O seguro será cancelado se o Segurado agravar intencionalmente o risco.

17.5 A Cobertura contratada na Apólice cessará automaticamente para o Segurado:

- a) Com o cancelamento da Apólice por qualquer motivo definido nestas Condições Gerais;
- b) Com a morte do Segurado;
- c) Ao completar 71 (setenta e um) anos de idade.

17.6 Não obstante, o disposto no item anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o fim da vigência correspondente ao último prêmio pago pelo Segurado, observando o disposto no item *Prazo de Tolerância*.

17.7 A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução SOMENTE do prêmio pago referente ao período a decorrer que não tenha se iniciado até a data de solicitação do cancelamento, se houver.

17.8 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária, conforme definido nessas condições gerais:

- a) A(s) Apólice(s) contratada(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes na(s) Apólice(s);
- b) A reintegração de capital será tratada conforme regras dispostas no item *Reintegração de Capital* destas Condições Gerais.

18. OBRIGAÇÕES

18.1 Obrigações da Seguradora

- a) Guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes;
- b) Prestar aos Segurados, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do Seguro.

18.2 Obrigações do Segurado

18.2.1 O Segurado deverá observar, na celebração e na execução do contrato de seguro, os princípios da boa-fé objetiva, da cooperação mútua e da transparência.

18.2.2 São obrigações do Segurado:

a) Agir com boa-fé e veracidade, prestando informações completas e corretas sobre o objeto do seguro, suas circunstâncias e quaisquer declarações relacionadas à Apólice, tanto no momento da contratação quanto durante sua vigência.

b) Comunicar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, qualquer fato que possa agravar de forma relevante o risco coberto, sob pena de perda do direito à cobertura contratada, caso fique comprovada a omissão dolosa.

c) Informar previamente à Seguradora sobre mudanças relevantes que possam impactar o risco Segurado, tais como:

I - Mudança de profissão ou atividade;

II - Alteração de residência fixa para outro país;

III - Prática de esportes violentos ou de risco voluntário, incluindo, mas não se limitando a: esportes aéreos, esportes náuticos motorizados, lutas e artes marciais, competições automobilísticas, atividades amadoras ou profissionais a bordo de aeronaves de qualquer tipo, ou em ambientes insalubres e/ou perigosos.

d) Ao tomar ciência do sinistro, o Segurado ou Beneficiário deverá:

I - Avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções;

II – Prestar todas as informações disponíveis sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que solicitado pela Seguradora.

18.2.3 Caso o Beneficiário, ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de um sinistro, fizer de má-fé, declarações inexatas ou omitir circunstâncias, inclusive da sua ocorrência, que possam influir em relação às obrigações previstas nestas Condições Gerais, poderá perder o direito ao Capital contratado, sendo devida a eventual dívida de prêmio do Segurado e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, correspondente aos prejuízos que resultarem diretamente dessa omissão, conforme estabelece a legislação em vigor.

18.2.4 Caso o Beneficiário, ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de um sinistro, não fizer de má-fé, declarações inexatas ou omitir circunstâncias, inclusive da sua ocorrência, que possam influir em relação às obrigações previstas nestas Condições Gerais, poderá perder o direito ao Capital contratado correspondente aos prejuízos que resultarem diretamente dessa omissão, conforme estabelece a legislação em vigor.

19. BENEFICIÁRIOS

19.1 O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, designado para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização que lhe seria devida, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

19.2 Em caso de ato de indignidade cometido pelo Beneficiário contra o Segurado, não prevalecerá a indicação daquele.

20. REGULAÇÃO DE SINISTROS

20.1 Em caso de ocorrência de sinistro, para pagamento da indenização, o Segurado deverá apresentar à Seguradora, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado, definidos neste item.

20.1.1 O(s) sinistro(s) ocorrido(s) deverá(ão) ser informado(s) à CAPEMISA, imediatamente quando do seu conhecimento, podendo ser feito:

- a) Por meio do portal do cliente, utilizando a função específica para aviso de sinistros, encontrado no site institucional da CAPEMISA;
- b) Por escrito, por meio de carta para os endereços constantes do site institucional da CAPEMISA;
- c) Por e-mail para o endereço eletrônico apoio.sinistros@CAPEMISA.com.br ou;
- d) Presencialmente, em uma de nossas Sucursais.

20.2 As Indenizações, de acordo com o plano de Seguro contratado, serão pagas da seguinte forma:

- a) Única para períodos menores que 30 (trinta) dias ou;

b) Única/mensal a cada período completo de 30 (trinta) dias, pagos após apresentação do relatório médico atualizado conforme disposto no item 20.3.

20.3 Quando o período de afastamento por incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, mediante a apresentação de relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada 15 (quinze) ou 20 (vinte) dias, conforme retorno ao Médico Assistente.

20.4 A Seguradora analisará a cobertura do sinistro no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos previstos no item 20.16. Confirmada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo adicional de até 30 (trinta) dias, conforme estabelecido na legislação em vigor.

20.5 Caso o prazo legal máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no item 20.6, implicará sobre o valor da Indenização:

20.5.1 Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item *Atualização Monetária*, 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.

20.5.2 Multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) a.m., proporcionais ao dia para cada mês de atraso.

20.5.3 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.

20.6 Solicitados documentos complementares dentro do prazo legal, o prazo para manifestação da Seguradora acerca da cobertura e/ou para o pagamento da indenização ou do Capital estipulado ficará suspenso, por, no máximo, 2 (duas) vezes, para contratos cuja importância segurada seja superior a 500 (quinhentas) vezes o valor do salário mínimo vigente, ou, no máximo 1 (uma) vez para contratos cuja importância segurada não exceda 500 (quinhentas) vezes o valor do salário mínimo vigente, reiniciando-se sua contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento da solicitação.

20.7 Fica estabelecido que qualquer pagamento de indenização, somente passa a ser devido depois que os prêmios referentes ao período coberto tiverem sido pagos integralmente, incluindo o período de risco da ocorrência do sinistro, o que deve ser feito, no máximo, até a

data limite prevista para este fim no documento de cobrança, salvo o definido no item *Prazo de Tolerância*.

20.8 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à Indenização, esta será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios iguais a 1% (um por cento) a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

20.9 Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio pago para fins de verificação da cobertura.

20.10 A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

20.11 É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

20.12 Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

20.13 A Seguradora não participará das despesas decorrentes de medidas de contenção ou de salvamento para evitar sinistro iminente ou atenuar seus efeitos, ainda que realizadas por terceiros, ficando sob inteira responsabilidade do Segurado tais custos. Esta disposição prevalece sobre o previsto no art. 67 da Lei nº 15.040/2024, uma vez que não há limite de cobertura pactuado para tais despesas neste contrato.

20.14 Correm por conta exclusiva da CAPEMISA SEGURADORA S/A todas as despesas necessárias à regulação e à liquidação do sinistro, ressalvadas aquelas relativas à obtenção, pelo Segurado, Beneficiário(s) ou Interessado, dos documentos previamente definidos para comunicação da ocorrência, comprovação de identificação e legitimidade, inclusive a realização de junta médica, no que se refere a indicação do seu perito e a metade do desempatador, bem como de outros documentos que ordinariamente estejam em seu poder.

20.15 Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros:

a) **Em caso de doença:** a data do diagnóstico médico da doença que solicita o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho para tratamento médico;

b) **Em caso de acidente:** data do acidente que gerou a incapacidade temporária e o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

20.16 Na ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) e/ou seu Representante Legal deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir para cada tipo de Evento Coberto:

a) **INCAPACIDADE TEMPORÁRIA**

- RG ou outro documento de identificação do comunicante
- CPF do comunicante
- Formulário de aviso de sinistro
- RG ou outro documento de identificação do Segurado(a)
- CPF do Segurado(a)
- Comprovante de endereço do Segurado(a)
- Dados bancários do Segurado(a)
- Declaração de Residência
- Atestado médico com CID fixando o número de diárias de incapacidade
- Prontuário médico completo desde a data de caracterização da doença até a data atual ou desde a data do primeiro atendimento médico para o acidente até a data atual
- Exames realizados acompanhados dos respectivos laudos conclusivos.
- Boletim de ocorrência policial
- Laudo do IML
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico
- CNH do Segurado(a)
- Inquérito policial
- CAT - Comunicação do acidente de trabalho
- Comprovante de vínculo com estipulante
- Comprovante de atividade autônoma podendo ser:
 - I. Recibo de pagamento autônomo, Carnê-leão ou comprovante de pagamento do INSS do período de apuração da renda média mensal, a ser definido pela Seguradora, limitado ao prazo máximo de até 6 (seis) meses, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada;
 - II. Inscrição na Prefeitura, acrescida do comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago no mês anterior à ocorrência do evento.

- Para fins de comprovação de renda, poderão ser apresentados, dentre outros documentos:
 - I. Contracheques / holerites;
 - II. Última declaração de Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) acompanhada do recibo de entrega;
 - III. Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional;
 - IV. Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos (DECORE), quando aplicável;
 - V. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares que se mostrem necessários à adequada apuração da renda, dentro de um período de referência para apuração limitado ao prazo máximo de até 6 (seis) meses.
- GFIP ou Guia FGTS digital
- Documento XML do evento S-2200 (Admissão) do e-Social
- Relação de empregados desligados com data de desligamento
- Relação de empregados afastados com data de admissão e data do afastamento
- Certidão de tutela ou curatela
- RG ou outro documento de identificação do responsável legal do Beneficiário
- CPF do responsável legal do Beneficiário
- Comprovante de residência do responsável legal do Beneficiário
- Procuração autenticada
- RG ou outro documento de identificação do Procurador
- CPF do Procurador
- Outros

20.17 O período de referência para apuração da renda média mensal será definido pela Seguradora e regularmente informado no momento da regulação do sinistro, limitado ao prazo máximo de até 6 (seis) meses imediatamente anterior à ocorrência do evento, observados critérios técnicos, a natureza da atividade exercida e as informações disponíveis.

20.18 A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do Segurado.

20.19 Nos casos de múltiplas lesões, consequentes do mesmo evento coberto, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela em que determinar o maior período de afastamento por Incapacidade Temporária do Segurado no exercício de suas atividades profissionais, não havendo acúmulo no valor das diárias.

20.20 O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do Segurado à atividade profissional, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite de diárias contratadas.

21. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

21.1 O(s) Beneficiário(s), ou seu representante, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

21.1.1 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de incapacidade temporária que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura, bem como o período previsto para o afastamento decorrente da incapacidade.

21.2 A Seguradora poderá indicar Perícia Médica e/ou Junta Médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de dúvida e/ou discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do Segurado, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado se negue a submeter-se à perícia.

21.3 As despesas efetuadas com a legitimação da Incapacidade Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a incapacidade temporária.

21.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

21.5 Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

21.6 Se ficar verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evolui para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

21.7 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

22. JUNTA MÉDICA

22.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou período de incapacidade temporária relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita ou via e-mail, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

22.2 A junta médica de que trata o item anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

22.3 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

22.4 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.

23. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

23.1 No caso de constatação de Incapacidade Temporária, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

23.2 A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

23.3 Caso o Segurado não tenha utilizado o limite de diárias contratadas e volte a se afastar em decorrência do mesmo diagnóstico de incapacidade e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contados da data do último retorno as atividades laborativas, o mesmo terá o direito do recebimento da indenização equivalente ao número de diárias contratadas remanescentes.

24. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear as indenizações dos sinistros ocorridos no mesmo período, estimados pelo risco de ocorrência do evento coberto, não havendo, portanto, a constituição de reserva matemática.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Representante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

26. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do sinistro.

27. FORO

Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, ou o da sede da Seguradora.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1 A aceitação da Proposta estará sujeita à análise do risco pela CAPEMISA.

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

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

28.4 Fica entendido e acordado que no presente Seguro os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.