



SEGURO PRESTAMISTA TAXA MÉDIA – CAPITAL FIXO

Condições Gerais
Processo SUSEP nº 15414.900893.2014-12

SUMÁRIO

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. COBERTURAS DO SEGURO	11
4. RISCOS EXCLUÍDOS	11
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	14
6. CARÊNCIA.....	14
7. GRUPO SEGURÁVEL	15
8. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS.....	16
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO	17
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	19
11. CAPITAL SEGURADO	20
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	21
13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	24
14. PRAZO DE TOLERÂNCIA	25
15. PERDA DE DIREITO.....	26
16. CANCELAMENTO DO SEGURO	27
17. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO E REAVALIAÇÃO DA TAXA	28
18. OBRIGAÇÃO	29
19. REGULAÇÃO DE SINISTRO	31
20. BENEFICIÁRIOS	34
21. REGIME FINANCEIRO	35
22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	35
23. SUB-ROGAÇÃO	36
24. FORO.....	36
25. DISPOSIÇÕES GERAIS	36
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (MRT)	37
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (MEP)	40
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	43
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	48

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)	54
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT – CLT)	59
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - AUTÔNOMO (PRIT – AUTÔNOMO)	65
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT - ACID – CLT)	71
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - AUTÔNOMO (PRIT - ACID – AUTÔNOMO)	76
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	82
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (IFPDA)	87

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garantir o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado Individual contratado equivalente a obrigação pecuniária contraída pelo Segurado, em decorrência de um dos eventos cobertos, ocorrido durante a Vigência do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais. O segurado terá direito apenas à(s) cobertura(s) devidamente contratada(s) na proposta de contratação, e que esteja(m) expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual.

1.2. DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE SEGURO 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.

1.3. O Seguro comercializado pela CAPEMISA é um seguro coletivo prestamista. 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

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, ressalvadas 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

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) 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.

Aditivo: Documento que expressa as alterações contratadas na Proposta de Contratação. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

Agravação do Risco: É toda e qualquer mudança de hábito do Segurado que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, quando da contratação do seguro.

Âmbito de Cobertura: Abrangência da Cobertura em determinado tipo de Seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

Apólice de Seguro: É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante, nos planos coletivos.

Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

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 ao Segurador assim que tenha seu conhecimento. O aviso só é configurado a partir da entrega da documentação completa.

Beneficiário: São as Pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) livremente pelo Segurado ou, na ausência de designação, os herdeiros legais definidos em legislação vigente à época do evento, que farão jus ao recebimento da indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, na hipótese de ocorrência do sinistro.

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.

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

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 estas Condições Contratuais.

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

Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação do proponente e discrimina a(s) cobertura(s) contratada(s), bem como seus respectivos valores de Capital Segurado Individual, e suas alterações ao longo da vigência do Contrato.

Coberturas: São os riscos assumidos pela Seguradora perante o Segurado, e discriminados no Certificado Individual, e que geram direito à indenização quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Coberturas de Risco: São as coberturas do Seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

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

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.

Condições Especiais: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de Seguro.

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

Contrato do Seguro: É o documento que estabelece para uma das partes (Seguradora), mediante pagamento (Prêmio) pela outra parte (Estipulante e/ou Segurado), a obrigação de pagar, a esta, 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 ao seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do Risco, e, caso a Seguradora opte pela Aceitação do mesmo, é emitida a Apólice, a qual formaliza a contratação do seguro.

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.

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

Data do Evento (coberto): É a data da ocorrência do Sinistro do risco coberto.

Devedor: Para fins do Seguro Prestamista, é o próprio Segurado. Aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação por ele contraída.

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

Doença ou Lesão Preexistente: 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.

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

Estipulante: É a pessoa natural ou jurídica, que contrata a Apólice Coletiva de Seguro, sendo investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

Encampação de Apólice: É a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Contratuais, desde que contratadas na Apólice.

Franquia: É o período contado a partir do início do afastamento do Segurado, durante o qual ele não tem direito a receber indenização. É definido na Proposta de Contratação do Seguro.

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice Coletiva.

Grupo Segurável: É a totalidade de pessoas vinculadas ao Estipulante e/ou Subestipulante que reúnem as condições para inclusão na Apólice coletiva.

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

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

Instituição Financeira: Pessoa Jurídica cedente de um crédito à pessoa física ou jurídica, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas nas Proposta de Contratação do Seguro.

Liquidação de Sinistro: É o processo para pagamento da indenização ao Segurado/Beneficiário.

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, os que se vincularem por parentesco civil ou por afinidade, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Migração de Apólices: É a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Natimorto: É o feto que morreu dentro do ventre da mãe ou durante o trabalho de parto.

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.

Período de Cobertura: É o período, contado a partir do início de vigência, durante o qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), fará(ão) jus à indenização, limitada ao Capital Segurado Individual contratado, observado o período de carência e franquia.

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

Plano de Seguro: É o conjunto dos documentos composto por estas Condições Contratuais 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.

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

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.

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

Proponente: São as Pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) interessada(s) em contratar a cobertura de Seguro, apresentando à Seguradora uma Proposta de Contratação com informações de sua responsabilidade.

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(s) cobertura(s) do Seguro, manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas nas Condições Contratuais. Constituirão parte integrante da Proposta de Contratação, eventuais aditivos/endossos que venham a ser formalizados.

Proposta de Adesão Individual: 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. Constituirão parte integrante da Proposta Individual de Adesão, eventuais aditivos/endossos que venham a ser formalizados.

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.

Reintegração de Capital: Restabelecimento da importância segurada após a ocorrência do sinistro e o pagamento do Capital Segurado Individual pelo evento coberto.

Renovação Automática: Modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

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.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano de Seguro.

Segurado: Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e estabelecerá o Seguro, podendo ser subdividido em:

- a) Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante;
- b) Segurado Dependente: é a pessoa física incluída no Seguro por intermédio do Segurado Principal.

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

Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga, mediante pagamento de prêmio, a indenizar outra (Segurado e/ou Estipulante) pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

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

Subestipulante: É a pessoa física ou jurídica que possui vínculo com o subgrupo. É designada pelo Estipulante e aceita pela Seguradora, sendo investida de poderes de representação dos Segurados de cada subgrupo, perante a Seguradora.

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.

Traslado de Corpo: Ato de transportar um corpo de um lugar para outro (Local do sepultamento ou cremação).

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1 Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nestas Condições Contratuais. O segurado terá direito apenas à(s) cobertura(s) devidamente contratada(s) na proposta de contratação, e que esteja(m) expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual.

3.1.1 A seguradora cobrirá apenas os riscos previstos nas coberturas contratadas informadas na Proposta de Contratação devidamente expressa na(s) Apólice(s), Certificado(s) e seus respectivos aditivos.

3.2 As Coberturas deste Seguro dividem-se em Básicas e Adicionais:

3.3 Coberturas Básicas:

- Morte (MRT);
- Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (MEP);
- Morte Acidental (MA);
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI)
- Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença - CLT (PRIT - CLT)
- Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença - Autônomo (PRIT - Autônomo)
- Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente - CLT (PRIT-ACID - CLT)
- Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente - Autônomo (PRIT-ACID - Autônomo)
- Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)

3.4 Cobertura Adicional:

- Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação da Cobertura Básica de Morte (IFPDA)

3.5 A contratação da Cobertura Adicional Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação da Cobertura Básica de Morte (IFPDA) fica condicionada à contratação da Cobertura Básica de Morte.

3.6 Fica estabelecido que no presente Seguro não haverá Cobertura para Invalidez Parcial.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos das Coberturas deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a)** 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;
- b)** o suicídio, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos da Vigência da Cobertura do Segurado;
- c)** danos morais;
- d)** para pessoas com deficiência (PCD):
 - 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.
- e)** 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;
- f)** movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emissão 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;
- g)** utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo, salvo se proveniente de serviço militar;
- h)** atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;
- i)** doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta de Contratação e de conhecimento do Segurado;
- j)** doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- k)** nos seguros contratados por pessoa jurídica, atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- l)** epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento, exceto por absorção de substância tóxica e escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo.
- m)** tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- n)** 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 Contratuais.

- o)** 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;
- p)** acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas consequências se manifestem durante a Vigência da Cobertura do Segurado;
- q)** mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- r)** tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
- s)** tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- t)** perda de dentes e danos estéticos, salvo se contratado cobertura correspondente.
- u)** procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMMF);
- v)** atos reconhecidamente perigosos que não seja motivado por necessidade justificada
- w)** participação em disputas ou duelos (amadores e profissionais);
- x)** sequestro ou tentativa de sequestro;
- y)** condução de veículo sem a devida habilitação (CNH) para a respectiva categoria.

4.2 Além dos Riscos Excluídos listados acima, haverá Riscos Excluídos específicos listados nas respectivas Condições Especiais de cada cobertura.

4.3 A Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização, quando a morte 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, a Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização da cobertura de Morte:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- b) o parto ou aborto e suas consequências;
- c) o choque anafilático e suas consequências.

4.5 O risco excluído referente a epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, não se aplica para as coberturas de:

a) Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (MEP);

5. ÂMBITO GEOGRAFICO DA 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 da cobertura individual do Segurado, ou do aumento do Capital Segurado Individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento do Capital Segurado Individual contratado, como indenização, conforme definido nas Condições Contratuais.

6.2. Haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

6.3. O(s) prazo(s) de carência, quando previsto(s) pelo Seguro, constará(ão) na Proposta de Contratação.

6.4. Os critérios para fixação de carência, seus prazos e períodos, quando previstos, serão idênticos para todos os Segurados de uma mesma Apólice.

6.5. Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.

6.6. No caso de transferência de grupo segurado de outra seguradora para a Capemisa, não será considerada carência para Segurados que já cumpriram carência durante a vigência da apólice transferida da(s) seguradora(s) anterior(es). Para os segurados que já cumpriram parte da carência, será mantida a contagem de prazo oriunda da(s) seguradora(s) anterior(es).

6.7. Caso sejam incluídos novos Segurados na apólice a ser renovada ou na transferência de grupo segurado, estes estarão sujeitas ao cumprimento do período de carência, a contar a partir do início de vigência da cobertura individual do segurado.

6.8. O período de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência.

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

6.10. O Período de Carência poderá ser aplicado aos aumentos de Capital Segurado solicitados após o início de vigência, sendo aplicado o prazo de carência sobre a diferença do Capital Segurado aumentado.

6.11. Tendo em vista o regime financeiro de repartição simples do presente Seguro, conforme definido no item *Objetivo do Seguro*, não se aplica a devolução ou resgate de prêmios pagos, inclusive em caso de ocorrência do sinistro durante o Período de Carência.

6.12. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

7. GRUPO SEGURÁVEL

7.1. Somente serão aceitos no grupo segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de Capitais Segurados, e que tiverem preenchido e assinado a Proposta de Adesão Individual, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, conforme previsto na Proposta de Contratação. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora da Proposta de Adesão Individual.

7.2. O vínculo de que trata o item anterior estará de forma clara e objetiva definido na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão Individual.

7.3. Para a contratação do Seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

7.4. Podem ser aceitos no Grupo Segurável, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará da Proposta de Contratação.

7.5. Fica estabelecido que a aceitação de aposentados e afastados poderá ser permitida de acordo com o definido na Proposta de Contratação.

7.6. No caso de recepção de grupo de Segurados e Assistidos, originada em processo de migração de Apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja Cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo por acidente. Para fins do presente, a “migração de Apólices” tem seu conceito definido no item *Definições*.

7.7. Fica estabelecido que a aceitação de afastados só é permitida quando do processo de migração de Apólices ou quando de seu efetivo afastamento, que implicará na manutenção da Apólice, sem interrupção da Cobertura Individual. Fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes afastados.

7.8. Em caso de aquisição de dívida ou financiamento onde a renda seja composta por mais de uma pessoa física, as coberturas do seguro serão contratadas para todos os componentes da renda, com Capital Segurado proporcional à renda de cada componente no momento da contratação, desde que satisfeitas todas as condições aqui previstas, inclusive quanto ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde por cada componente da renda.

7.9. As pessoas com deficiência (PCD) que fizerem parte do grupo segurado estarão aceitas em todas as coberturas contratadas, todavia, ficando excluídos os riscos relacionados na alínea “d” do item 4.1.

8. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

8.1. O Seguro de Pessoas será estipulado por pessoa física ou jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo se vincule, ressalvado o disposto no subitem 8.2. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

8.1.1. Para fins de interpretação das presentes Condições Contratuais, as referências ao Estipulante, aplicam-se aos Subestipulantes.

8.2. Fica expressamente vedada a atuação das seguintes figuras como Estipulante:

- a)** Empresas corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
- b)** Corretores de seguros;
- c)** Sociedades Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
- d)** Organizações varejistas.

8.3. A vedação estabelecida no subitem 8.2 não se aplica aos empregadores que estipulem Seguro em favor de seus empregados.

8.4. Não é considerado Estipulante a pessoa jurídica que tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na

folha de pagamento dos respectivos Segurados e o consequente repasse em favor da Seguradora, sem ter subscrito a Proposta de Contratação.

8.5. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado;
- d) Condicionar a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos/serviços, ressalvada a hipótese em que a contratação do seguro sirva de garantia direta a estes produtos/serviços.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A celebração do Contrato de Seguro somente será feita mediante Proposta de Contratação datada e assinada pelo Proponente, seu Representante Legal ou por corretor de Seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

9.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

9.3 A adesão à Apólice Coletiva será realizada mediante a assinatura de Proposta de Adesão Individual pelo proponente para a prévia análise de aceitação do risco pela Seguradora, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

9.4 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.

9.5 A Seguradora poderá solicitar, quando da assinatura da proposta, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do Segurado quanto à contratação de outros Seguros de Pessoas com Coberturas concomitantes.

9.6 A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a não aceitação da Proposta de Adesão Individual, 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 15 (quinze) dias sem que tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, se caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão Individual.

9.7 No caso de não aceitação da proposta, a Seguradora deverá enviar uma comunicação formal ao proponente, ou ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, com a devida justificativa da recusa.

9.8 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor futuro para pagamento parcial ou total de Prêmio, a Seguradora deverá restituir ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data de formalização da recusa, o valor do adiantamento, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice definido no item *Atualização Monetária* destas Condições Gerais, entre o último índice publicado antes da data do adiantamento e o último publicado antes da data da sua efetiva devolução. Nesse caso, há cobertura do risco durante o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.8.1 A referida quantia poderá ser devolvida ao Estipulante, em nome do proponente, sendo de responsabilidade do Estipulante sua devolução ao proponente, quando for assim feito o trânsito da devolução do prêmio.

9.9 Aceita a Proposta de Adesão Individual, a Seguradora emitirá e disponibilizará ao Estipulante a Apólice em até 15 (quinze) dias a partir da data de sua aceitação. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

9.10 A pessoa jurídica adquirente de dívida ou compromisso, desde que se manifeste expressamente, poderá determinar por ocasião da contratação do seguro, que a qualificação de prestamista Segurado recaia sobre todos os sócios acionistas, com capital proporcional a participação acionária de cada um, desde que satisfaça as condições de inclusão aqui apresentadas, inclusive quanto ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, se for o caso.

9.10.1 No caso do disposto no subitem anterior, o Capital Segurado obedecerá à mesma proporcionalidade da participação acionária de cada sócio acionista que será expresso em seu certificado individual e, no caso de falecimento de um dos sócios acionistas, o seguro quitará parte da dívida, correspondente a participação acionária do sócio acionista falecido, permanecendo no seguro os demais sobreviventes com seus respectivos capitais segurados.

9.11 Se o Segurado tiver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, seja por qualquer motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, perderá ele o direito à cobertura, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

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

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

10.1 VIGÊNCIA DO SEGURO.

10.1.1 A vigência do seguro será de até 5 (cinco) anos, sendo definida na Proposta de Contratação.

10.1.2 As Apólices, os Certificados Individuais e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas., seguindo o critério definido nas alíneas “a” e “b” a seguir.

a) Nos Contratos de Seguro, cujas Propostas, assinadas pelo Proponente ou por seu Representante Legal ou Corretor de Seguros habilitado, tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da Proposta de Contratação.

b) Nos Contratos de Seguro cujas Propostas, assinadas pelo Proponente ou por seu Representante Legal ou Corretor de Seguros habilitado, tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor, pelo meio de pagamento definido na Proposta, para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, desde que aceite o risco, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da Proposta de Contratação.

10.1.3 O seguro permanecerá vigente enquanto permanecer a obrigação principal (dívida do segurado) perante o primeiro beneficiário, podendo ser reduzido ou aumentado o prazo de vigência em relação a vigência inicial contratada.

10.1.4 Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

10.2 RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.2.1 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

10.2.2 As Apólices e os Certificados Individuais poderão ser renovados automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30

(trinta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice, comunicar o desinteresse pela Renovação. As renovações posteriores devem ser feitas de forma expressa.

10.2.3 A renovação que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada de forma expressa.

10.2.4 A renovação que implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

10.2.5 Caso a sociedade seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar ao estipulante e/ou ao corretor de seguros mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

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

10.2.7 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).

11. CAPITAL SEGURADO

11.1 Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

11.1.1 Os valores dos Capitais Segurados individuais não necessariamente serão iguais a todos os Segurados da Apólice, podendo variar de acordo com as condições definidas na Proposta de Contratação.

11.1.2 Os valores dos Capitais Segurados expressos na Apólice representam os limites mínimos e máximos dos Capitais Segurados Individuais, não sendo em nenhuma hipótese correspondentes aos valores dos Capitais Segurados individuais, que devem ser consultados individualmente no Certificado Individual de cada Segurado.

11.2 Este Seguro possui a modalidade de Capital Segurado Fixo, que não varia ao longo da vigência, independente da evolução do valor da obrigação, sendo limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso.

11.3 Para a determinação do valor do Capital Segurado Individual no momento da liquidação do sinistro, deverá ser considerada como data do evento a data definida nas Condições Especiais de cada cobertura.

11.4 Na ocorrência do evento coberto, o Capital Segurado Individual a ser indenizado ou reembolsado será aquele sobre o qual foi calculado o prêmio referente à competência do evento coberto.

11.5 Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme disposto no item *Beneficiários*.

11.6 O Capital Segurado poderá ser reajustado mediante solicitação expressa do Estipulante, estando sujeita à análise e aceitação pela Seguradora. Neste caso, o valor do prêmio será recalculado conforme a variação do Capital Segurado informado pelo Estipulante à Seguradora.

11.7 Em caso de aquisição de dívida ou financiamento onde a renda seja composta por mais de uma pessoa física, conforme disposto no subitem 7.7, o Capital Segurado Individual corresponderá ao percentual de participação de cada componente da renda que será expresso em seu Certificado Individual.

11.8 No caso de falecimento de um dos componentes da renda, o seguro quitará parte da dívida, correspondente ao percentual do componente da renda do falecido, permanecendo no seguro os demais sobreviventes com seus respectivos Capitais Segurados.

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

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 Fica estabelecido que qualquer pagamento de Indenização, por força do presente Contrato, somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado.

12.2 O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente definido na Proposta de Contratação, classifica-se em:

- a)** contributário: é o Seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
- b)** não-contributário: é o Seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;

c) parcialmente contributivo: é o Seguro em que os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao Seguro contributivo.

12.3 O pagamento integral de cada prêmio deverá ser efetuado de acordo com o meio de pagamento selecionado para Proposta, sendo responsabilidade do Segurado e/ou Estipulante garantir a comprovação de que todos os prêmios foram pagos de forma correta.

12.4 Quando o meio de pagamento selecionado for boleto bancário, este será disponibilizado pela CAPEMISA, com antecedência de, pelo menos, 10 (dez) dias da data de seu vencimento.

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

12.6 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado e/ou Estipulante manter os dados atualizados do cartão, bem como limite suficiente para garantir o correto pagamento da cobrança.

12.7 Caso o prêmio do Seguro contratado não seja pago, ou o pagamento esteja abaixo do valor integral devido, poderá a CAPEMISA efetuar cobrança complementar do valor que integre a totalidade do prêmio devido em parcela posterior ou em documento de cobrança específico para este fim.

12.8 Em caso de a cobrança complementar via débito em conta, ela será efetuada conforme autorização expressa do Segurado e/ou Estipulante na Proposta de Contratação ou em formulário de autorização para débito em conta. O Segurado e/ou Estipulante deverá realizar autorização para débito em conta junto à Instituição Financeira indicada no ato da assinatura da Proposta.

12.8.1 No caso de a cobrança alternativa não funcionar, o contrato será considerado inadimplente e o Segurado e/ou Estipulante sujeito às ações de cobrança e estará apto ao cancelamento por parte da Seguradora de acordo com as regras definidas nessas Condições Gerais, ou no caso de inadimplência parcial, terá o Capital Segurado recalculado de acordo com o valor do prêmio recolhido.

12.9 Para o tipo de custeio contributivo e parcialmente contributivo:

12.9.1 É responsabilidade do Segurado garantir a comprovação de que todos os prêmios foram pagos de forma correta.

12.9.2 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.

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

12.10.1 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 que, não corresponda à figura de estipulante, 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.

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

12.12 O valor do Prêmio Individual do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado Individual definido, o que constará da Proposta Individual de Adesão e Certificado Individual.

12.13 O valor do Prêmio Individual inicial é calculado multiplicando o valor do Capital Segurado Individual Contratado pela taxa comercial correspondente à idade do Segurado, na data de assinatura da Proposta Individual de Adesão.

12.14 O valor do Prêmio Total do Seguro será calculado pelo somatório do Prêmio individual de todos os segurados da Apólice, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice do Seguro.

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

12.16 O dia de vencimento para pagamento do prêmio será definida na Proposta de Contratação, sendo suscetível as definições das formas de pagamento disponíveis.

12.17 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.

12.18 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.

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

12.20 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.

12.20.1 No caso de recusa da Proposta de Contratação pela Seguradora, as devoluções dos valores de prêmios já pagos serão exigíveis a partir da data de formalização da recusa.

12.20.2 No caso de cancelamento do Seguro, a devolução dos valores de prêmios já pagos relativos às competências posteriores à do cancelamento, 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.

12.20.3 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, a devolução de tais valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

12.20.4 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 1% e juros moratórios de 1% 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, na data de aniversário da Apólice, pelo IPC-M/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor-Mercado/Fundação Getúlio Vargas acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice, exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação das dívidas.

13.1.1 Alternativamente ao disposto no item anterior, os Capitais Segurados e Prêmios poderão ser atualizados, no período de renovação da Apólice, conforme critério definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação.

13.2 No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

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/Estipulante 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 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. PRAZO DE TOLERÂNCIA

14.1 Caso o Segurado e/ou Estipulante não efetue à Seguradora o pagamento dos prêmios, cuja periodicidade tenha sido definida como mensal na Proposta de Contratação, fica garantido o direito à cobertura do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias, sendo esse período denominado Prazo de Tolerância.

14.2 Caso tenha sido definido na Proposta de Contratação outra periodicidade de pagamento do prêmio diferente da mensal, fica garantido o direito à cobertura do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse uma parcela vencida, sendo esse período denominado Prazo de Tolerância.

14.3 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 juros moratórios iguais a 1% a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse os prazos estabelecidos nos itens 14.1 e 14.2.

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

14.5 Caso o Segurado e/ou Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior aos estabelecidos nos itens 14.1 e 14.2, a Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

14.6 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 1%, juros moratórios iguais a 1% a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

15. PERDA DE DIREITO

15.1 O segurado está obrigado a comunicar à sociedade 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 sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.

15.2 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco sem comunicar previamente a Seguradora.

15.3 Se o segurado, por si ou por seu representante, ou corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à cobertura, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

15.4 Considera-se doença preexistente toda e quaisquer doenças e/ou lesões preexistentes que o Segurado tenha conhecimento antes da contratação do Seguro.

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

15.4.2 Não haverá cobertura sobre qualquer doença preexistente 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.

15.5 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, de seu representante, corretor de Seguros ou do Estipulante, a sociedade seguradora deverá:

15.5.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a)** Cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b)** Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

15.5.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

15.5.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

15.5.4 A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

- I. cancelar o seguro;
- II. restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- III. cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

15.5.5 O cancelamento do seguro só será eficaz trinta dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, se houver.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 O não pagamento do Prêmio por parte do Segurado e/ou Estipulante 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*.

16.1.1 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.

16.2 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

16.3 No caso em que o seguro for contributivo, o 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.

16.3.1 É de exclusiva responsabilidade do Consignante cancelar o desconto do prêmio em folha de pagamento relativo ao Segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do Seguro, após o envio da informação do cancelamento pela Seguradora ao Consignante.

16.4 Não obstante o disposto no subitem 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*.

16.5 Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se a perda das coberturas do seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16.6 Nos Seguros contratados por pessoa jurídica, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes.

16.7 Constará nas condições especiais de cada cobertura se o recebimento de indenização de determinada cobertura implica o cancelamento ou qualquer alteração nas demais coberturas do seguro.

16.8 A(s) Cobertura(s) contratada(s) na Apólice cessará(ão) automaticamente para o Segurado:

- a) Com o cancelamento da Apólice por qualquer motivo definido nestas Condições Gerais e Especiais de cada cobertura;
- b) Com o fim do vínculo entre o Segurado e o estipulante;
- c) Com o fim do vínculo entre o Segurado Principal e o estipulante;
- d) Com a morte do Segurado;
- e) Com a extinção antecipada da obrigação a que está vinculada o seguro prestamista.

17. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO E REAVALIAÇÃO DA TAXA

17.1 A Seguradora adotará uma taxa média final para as Coberturas contratadas, considerando a idade e o Capital Segurado Individual de cada Segurado.

17.1.1 Caso os Capitais Segurados Individuais ultrapassem o limite máximo definido na Apólice, será considerado no cálculo da taxa média final, os limites de capital definidos.

17.2 Na fixação de taxa média final, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora, as comissões de intermediação e o pró-labore do Estipulante, se existentes.

17.3 O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da Apólice, ficando sua redução a critério da Seguradora.

17.4 Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os Segurados da mesma Apólice Coletiva.

17.5 A Seguradora anualmente, por ocasião da renovação da apólice, deverá reavaliar as taxas do seguro, com base em critério técnico, visando manter o equilíbrio financeiro-atuarial do contrato de seguro.

17.6 Qualquer alteração das taxas de Seguro que implicar em ônus aos Segurados, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente aditivo.

18. OBRIGAÇÃO

18.1 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- a)** fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b)** fornecer ao Segurado, sempre que solicitado quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- c)** repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- d)** repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- e)** 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, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- f)** 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, bem como todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às coberturas do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé;
- g)** dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- h)** comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- i)** fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- j)** informar quando houver interesse na alteração de Capital Segurado;

k) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente.

18.1.1 O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

18.1.2 É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o Contrato de Seguro sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

18.1.3 O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, poderá acarretar o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior ao definido no item *Prazo de Tolerância*, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

18.1.4 É imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, periodicamente a relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como pertinentes ao Capital Segurado, conforme layout em vigor.

18.1.5 Cabe ressaltar que a inobservância ao subitem anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

18.1.6 Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio eletrônico, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

18.1.7 O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, coberturas e Prêmios.

18.1.8 Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas do Contrato de Seguro somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

18.1.9 Qualquer alteração no Contrato de Seguro em vigor deverá ser realizada por meio de aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

a) caso a alteração descrita no subitem anterior implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.2 OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA:

- a) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;
- b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que lhe for solicitada;
- c) prestar ao Estipulante todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.
- d) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;

19. REGULAÇÃO DE SINISTRO

19.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), conforme o caso, deverá(ão) apresentar à Seguradora, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, definidos para cada cobertura nas Condições Especiais do seguro.

19.1.1 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.

19.2 As Indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único ou parcelado, conforme definições das coberturas contratadas na Apólice.

19.3 Os pagamentos das indenizações relativos às Coberturas deste Seguro, quando devida, têm o prazo legal máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos definidos nas Condições Especiais de cada cobertura.

19.4 Caso o prazo legal máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 19.5, implicará sobre o valor da Indenização:

19.4.1 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.

19.4.2 Juros moratórios de 1% (um por cento) para cada mês de atraso.

19.4.3 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 de Seguro.

19.5 Faculta-se à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos e/ou informação. Neste caso o prazo de que trata o subitem 19.3 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

19.6 Fica estabelecido que qualquer pagamento de indenização, somente passa a ser devido depois que os prêmios referentes ao período coberto tiverem sido pagos, 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*.

19.7 Os prêmios eventualmente pagos para cobertura do período de risco posterior a ocorrência do sinistro, serão devolvidos e sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item *Atualização Monetária*.

19.8 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 1%, juros moratórios iguais a 1% a.m. e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

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

19.10 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. 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.

19.10.1 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.

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

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

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

19.13 No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o Capital Segurado Individual não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

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

- a) para as coberturas de Acidentes Pessoais, a data do acidente;
- b) para as coberturas de risco nos Seguros de Pessoas, a data da ocorrência do evento, ressalvado o disposto na alínea "a";

19.14.1 A data do evento gerador de cada cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação de sinistro, está disposta na respectiva Condição Especial de cada cobertura deste Seguro.

19.15 O valor da indenização, no momento do sinistro, não poderá ultrapassar o valor do limite máximo de Capital Segurado Individual de cada cobertura expresso no Certificado Individual vigente na data do sinistro, salvo em caso de atualização monetária (reajuste) ou mora da Seguradora.

19.16 Constará nas Condições Especiais deste Seguro se as indenizações referentes a coberturas distintas são ou não cumulativas em caso de sinistros decorrentes do mesmo evento.

19.17 Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário e/ou seu Representante Legal:

19.17.1 Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- a)** Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou outro documento de identidade oficial com foto;
- b)** Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
- c)** Cópia autenticada do Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos. Deve ser enviado também cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso ou de outro documento de identidade oficial com foto, CPF e comprovante de residência do tutor;
- d)** Cópia autenticada do Termo de Curatela, no caso de o Beneficiário encontrar-se incapaz para responder por seus atos civis. Deve ser enviada também cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso ou de outro documento de identidade oficial com foto, CPF e comprovante de residência do curador.
- e)** Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;

19.17.2 Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora, além dos documentos informados no subitem anterior:

- a)** Cópia Simples do Formulário de Declaração Única de Herdeiros devidamente preenchida e assinada por todos os herdeiros legais e por duas testemunhas, devendo as assinaturas destes serem reconhecida em cartório. As testemunhas devem encaminhar RG, CPF e Comprovante de Residência.
- b)** Cópia simples da Certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Beneficiário(s);
- c)** No caso de Companheiro(a), encaminhar a cópia simples da Declaração de Convivência Marital firmada em cartório ou Declaração de União Estável. Caso não houver, encaminhar o comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda anterior ao óbito do Segurado ou pelo menos três documentos que comprovem a união estável;

19.17.3 Documentos para indenização ao Estipulante/PJ:

- a)** Cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social;
- b)** O número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) Receita Federal;
- c)** Comprovante Bancário em nome do Estipulante.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1 O primeiro Beneficiário do Seguro será sempre o estipulante, que receberá o valor correspondente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado, limitado ao Capital Segurado Individual contratado.

20.1.1 A diferença entre o Capital Segurado Individual apurado na data do evento coberto e a parcela da indenização devida ao credor (primeiro beneficiário), se houver, será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado pelo segurado, ou a seus herdeiros legais.

20.2 Com exceção do primeiro beneficiário, que será sempre o estipulante (credor), a indicação dos demais beneficiários é de livre escolha do Segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de Beneficiários a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado e que deverá ser mantida em poder do Estipulante.

20.3 Será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada beneficiário indicado, observando a destinação obrigatória da indenização ao primeiro beneficiário.

20.3.1 Não será possível indicar o percentual do Capital Segurado destinado ao primeiro beneficiário, sendo este sempre o saldo devedor da dívida, limitado ao Capital Segurado Individual contratado.

20.4 Caso a Seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição de beneficiários, pagará a diferença que ultrapassar o saldo da dívida ao antigo Beneficiário designado.

20.5 Na hipótese de haver indicação de beneficiários sem apontamento de percentual (%), eventual diferença entre o capital segurado e o saldo da dívida será paga em partes iguais aos indicados.

20.6 Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago aos herdeiros legais especificados no código civil na legislação vigente à época do sinistro.

21. 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.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

23. 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.

24. FORO

24.1 Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do Contrato de Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste Contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco pela CAPEMISA.

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

25.3 O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (MRT)**1. OBJETIVO**

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

3.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

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

- a)** Morte Natural: a data do falecimento do Segurado.
- b)** Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

3.4 A Seguradora poderá, desde que estabelecido na Proposta de Contratação, antecipar o pagamento de 50% do Capital Segurado Individual contratado para a Cobertura de Morte ao segurado em caso de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado. O segurado perderá o direito a

tal antecipação se houver a contratação da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura Básica de Morte (IFPDA).

4. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

5. CANCELAMENTO DO SEGURO

O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Morte, conforme definido nessas condições contratuais.

6. REGULAÇÃO DO SINISTRO

6.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

6.2 Documentos do Segurado:

- a)** Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
- b)** Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
- c)** Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
- d)** Relatório Médico devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, se for o caso;
- e)** Cópia simples do(s) Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o óbito, se for o caso.

6.3 Documentos do Segurado em caso de acidente:

- a)** Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;
- b)** Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com o veículo em que o Segurado tenha sido o condutor;

Página 38 de 95

- c) Cópia simples do Laudo de Exame Cadavérico (IML) em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- d) Cópia simples do Laudo Pericial do local do acidente, quando houver.

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

7.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

7.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

7.2 As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

8.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

9. RATIFICAÇÃO

9.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (MEP)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer decorrente de epidemia ou pandemia, declaradas por órgãos competentes, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Morte decorrente de Epidemia e Pandemia declaradas por órgão oficial.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3.2 O risco excluído referente a epidemias e pandemias declaradas por órgão competente informado no item de Riscos Excluídos das Condições Gerais, não se aplica para essa cobertura.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

4.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do falecimento do Segurado.

5. CARÊNCIA

5.1 O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de cobertura de Morte por Epidemia e Pandemia declaradas por órgãos competentes, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

- a)** Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
- b)** Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
- c)** Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
- d)** Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com o Estipulante.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1 Caso existam outras coberturas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

10.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)**1. OBJETIVO**

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer exclusivamente por causas acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte por acidente do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGUADO

4.1 Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

4.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

5. CARÊNCIA

5.1 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Morte Acidental, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1 Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

7.2 Documentos do Segurado:

- a) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
- b) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o Segurado tenha sido o condutor;
- c) Cópia autenticada da Certidão de Óbito ou selo eletrônico que comprove a sua autenticidade;
- d) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver, ou Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- e) Cópia simples do Laudo de Exame Cadavérico (IML) em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- f) Cópia simples do Laudo Pericial do local do acidente, quando houver;
- g) Cópia autenticada do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- h) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
- i) Cópia autenticada da Termo de reconhecimento do cadáver, nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
- j) CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho “para o caso de acidente na empresa” (cópia simples);
- k) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu Representante Legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado. No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu Representante Legal;
- l) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1 O Beneficiário, para recebimento da Indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora a adoção de quaisquer medidas para elucidação do sinistro.

8.2 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.3 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.

8.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9.3 As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1 Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

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

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado Individual contratado, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto ocorrido durante a Vigência da Cobertura, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais.

1.2. No caso de perda parcial, com redução das funções do membro ou órgão lesado, não caberá pagamento de indenização.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Estão cobertas a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva de pelo menos um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos nos eventos de INVALIDEZ TOTAL da tabela abaixo, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.

INVALIDEZ TOTAL
Perda total da visão de ambos os olhos
Perda total do uso de ambos os membros superiores
Perda total do uso de ambos os membros inferiores
Perda total do uso de ambas as mãos
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
Perda total do uso de ambos os pés
Alienação mental total e incurável

2.2. Quando de um mesmo acidente resultar a invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual relativo à Invalidez Permanente Total por Acidente contratada.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que levou à Invalidez do segurado.

5. CARÊNCIA

5.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura por Invalidez Permanente Total por Acidente conforme definido nessas condições contratuais:

7.2.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);

7.2.2 No caso de Invalidez Permanente Total, o pagamento da Indenização extingue o direito a esta Cobertura.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

7.2. Documentos do Segurado:

a) Relatório Médico devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da invalidez. É válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela Seguradora;

b) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;

c) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

d) Cópia simples do Termo ou da Carta de Concessão da Aposentadoria do INSS, quando houver;

e) Cópia simples de Exames e radiografias com laudos que comprovem o diagnóstico e a invalidez do Segurado;

f) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver;

g) Cópia simples Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo caso o Segurado tenha sido o condutor;

- h) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual, ou documento que comprove o vínculo com o Estipulante
- i) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
- j) Cópia Simples da declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- k) Cópia simples do Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito do IML;
- l) Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- m) Cópia simples do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML), se houver;
- n) Cópia Simples do CAT - Comunicação do Acidente de Trabalho se for o caso.

7.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma recuperação completa.

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1. O Beneficiário, para recebimento da Indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora a adoção de quaisquer medidas para elucidação do sinistro.

8.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.3. 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.

8.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

8.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

8.6. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

8.7. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de caracterização dessa cobertura.

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

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9.3. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de desemprego do segurado por rescisão injustificada do contrato de trabalho de forma unilateral, por parte do empregador e não motivada por justa causa, por prazo superior ao descrito no item de Franquia destas Condições Especiais e durante a Vigência do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos previstos nestas Condições Contratuais.

1.2. Para ter direito a esta Cobertura é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior a 30 (trinta) dias, comprovando ainda o devido registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

1.3. Só poderá contratar este seguro o proponente pessoa física com contrato de trabalho vigente registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, que não tenha tido sua demissão anunciada e/ou que não esteja cumprindo aviso prévio na data da contratação.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Aposentadorias;
- b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- c) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício por solicitação própria ou rescisões negociadas entre o empregado e empregador, quaisquer que sejam suas causas;
- d) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou cargo público em comissão;

- e) Vínculo 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;
- f) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- g) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês.
- h) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;
- i) Militares que sejam exonerados de suas funções;
- j) Adesão, pelo Segurado, a programas de demissão voluntária de seu empregador ou aposentadoria por tempo de serviço (facultativa ou compulsória) do Segurado;
- k) Perda de emprego resultante de falência, recuperação judicial ou extrajudicial do empregador do Segurado;
- l) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- m) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do Segurado no mesmo período.

2.2. Fica estabelecido que os profissionais liberais estão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

3.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

4. CARÊNCIA

4.1. Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de, no mínimo, 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual. Assim, não terá direito à indenização caso o evento coberto ocorra durante o prazo de carência.

5. FRANQUIA

5.1. O Beneficiário não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

5.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 30 (trinta) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Perdas de Rendas, a partir do trigésimo primeiro dia do desligamento da atividade profissional/laborativa do Segurado.

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

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);
- b)** Desde que efetivamente comprovada a Perda de Renda conforme previsto nas condições contratuais, o pagamento do Capital Segurado Individual contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), conforme o caso, deverão apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
- b) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;
- d) Termo de Rescisão Contratual devidamente homologada pelo TRT ou pelo sindicato e/ou Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) (cópia simples);
- e) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
- f) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1. É necessário ainda, para se ter direito a esta Cobertura, a ocorrência de:

- a) rescisão injustificada do contrato de trabalho de forma unilateral, por parte do empregador e não motivada por justa causa;
- b) o preenchimento da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS);
- c) o requerimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço com baixa no Contrato de Trabalho.

8.2. A prova do desemprego será o comprovante de recebimento do Seguro Desemprego atualizado ou espelho atualizado do Extrato do FGTS, dentro do mês do benefício e ao final de cada mês de desemprego.

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT – CLT)**1. OBJETIVO**

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, por incapacidade física e temporária, por motivo oriundo de doença ou acidente pessoal coberto, que impossibilite o segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. Para ter direito a esta Cobertura é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior a 30 (trinta) dias, comprovando ainda o devido registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal:

- a) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
- b) Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
- c) hospitalização para “check-up”;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- f) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- g) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
 - tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
 - epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
 - tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
 - doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;
- h) Síndrome do pânico;
- i) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;
- j) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- k) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;
- l) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- m) 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 teleangectasias;
- n) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- o) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;
- p) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- q) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumultaivos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser

aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

- r) Envenenamento de caráter coletivo;
- s) Qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

3.2. Esta cobertura poderá ser oferecida sob a forma de duas opções, devendo a escolha ser feita pelo Estipulante no momento da contratação do seguro e estar definida na Proposta de Contratação.

- a) Opção 1: Pagamento da Indenização de forma única a fim de quitar a dívida;
- b) Opção 2: Pagamento da Indenização na forma de um valor mensal, a fim de quitar parcelas da dívida, limitado a quantidade de parcelas contratadas, desde que comprove, mensalmente, a manutenção da situação de incapacidade.

3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, 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.

4. CARÊNCIA

4.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

5. FRANQUIA

5.1. O Beneficiário não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

5.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Incapacidades Temporárias, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica.

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

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, conforme definido nessas condições contratuais:

- a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item *Reintegração de Capital*.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
- b) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade, é válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela seguradora;
- c) Cópia simples dos Exame(s) médicos comprobatórios e complementares da lesão/doença;
- d) Cópia autenticada Laudo de teor alcóolico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- e) Cópia autenticada Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML);
- f) Cópia Simples da Carta de concessão de afastamento pelo INSS;

- g) Comprovante de vínculo empregatício - Contracheque do mês do evento OU Ficha de registro de empregado junto ao estipulante OU CTPS página do registro e identificação;
- h) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1. O Segurado, 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.

8.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

8.4. 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.

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

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

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada

individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

10.2. 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.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - AUTÔNOMO (PRIT – Autônomo)**1. OBJETIVO**

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, por incapacidade física e temporária do segurado autônomo sem vínculo empregatício, por motivo oriundo de doença ou acidente pessoal coberto, que impossibilite o segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. Para ter direito a esta Cobertura é necessário que o segurado seja profissional liberal ou autônomo, sem vínculo empregatício, e que tenha comprovação de renda por CCM (Cadastro de Contribuinte Mobiliário), declaração de imposto de renda ou guias de recolhimento de imposto de renda – carnê leão, conforme limite de idade estabelecido nas condições contratuais e que esteja em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

1.3. Caso o segurado deixe de ser um profissional sem vínculo empregatício, a mudança deverá ser informada à Seguradora, para que a mesma faça as devidas alterações, uma vez que, caso no momento do sinistro o segurado não comprove a qualidade de profissional liberal ou autônomo, este não terá direito ao Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal:

a) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;

- b) Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
- c) hospitalização para “check-up”;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- f) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- g) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
 - tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
 - epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
 - tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
 - doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;
- h) Síndrome do pânico;
- i) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;
- j) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- k) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;
- l) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- m) 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 teleangectasias;
- n) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- o) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;

- p) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- q) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cinética, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- r) Envenenamento de caráter coletivo;
- s) Qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

3.2. Esta cobertura poderá ser oferecida sob a forma de duas opções, devendo a escolha ser feita pelo Estipulante no momento da contratação do seguro e estar definida na Proposta de Contratação.

- a) Opção 1: Pagamento da Indenização de forma única a fim de quitar a dívida;
- b) Opção 2: Pagamento da Indenização na forma de um valor mensal, a fim de quitar parcelas da dívida, limitado a quantidade de parcelas contratadas, desde que comprove, mensalmente, a manutenção da situação de incapacidade.

3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, 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:** A data do acidente que gerou a incapacidade temporária e o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

4. CARÊNCIA

4.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

5. FRANQUIA

5.1. O Beneficiário não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

5.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Incapacidades Temporárias, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica.

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

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, conforme definido nessas condições contratuais:

- a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item *Reintegração de Capital*.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;

- b) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade, é válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela seguradora;
- c) Cópia simples dos Exame(s) médicos comprobatórios e complementares da lesão/doença;
- d) Cópia autenticada Laudo de teor alcóolico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- e) Cópia autenticada Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML);
- f) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: Última Declaração do Imposto de Renda, Recibo de pagamento autônomo, Carnê-leão acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada, Comprovante do pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada ou Inscrição na Prefeitura acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento;
- g) Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1. O Segurado, 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.

8.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

8.4. 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.

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

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

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

10.2. 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.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (PRIT - ACID – CLT)**1. OBJETIVO**

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, por incapacidade física e temporária, por motivo oriundo exclusivamente de acidentes pessoais cobertos, que impossibilite o segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. Para ter direito a esta Cobertura é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior a 30 (trinta) dias, comprovando ainda o devido registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal:

- a)** Incapacidade causada por doenças;
- b)** Incapacidade causada por lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
- c)** Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;

Página 71 de 95

- d) hospitalização para “check-up”;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- f) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
 - tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
 - epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
 - tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
 - doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;
- g) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- h) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

3.2. Esta cobertura poderá ser oferecida sob a forma de duas opções, devendo a escolha ser feita pelo Estipulante no momento da contratação do seguro e estar definida na Proposta de Contratação.

- a) Opção 1: Pagamento da Indenização de forma única a fim de quitar a dívida;

b) Opção 2: Pagamento da Indenização na forma de um valor mensal, a fim de quitar parcelas da dívida, limitado a quantidade de parcelas contratadas, desde que comprove, mensalmente, a manutenção da situação de incapacidade.

3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou a incapacidade temporária e o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

4. CARÊNCIA

4.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

5. FRANQUIA

5.1. O Beneficiário não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

5.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Incapacidades Temporárias, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica.

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

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, conforme definido nessas condições contratuais:

a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;

b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item *Reintegração de Capital*.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
- b) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade; é válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela seguradora;
- c) Cópia simples Exame(s) médicos comprobatórios e complementares da lesão/doença;
- d) Cópia autenticada Laudo de teor alcóolico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- e) Cópia autenticada Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML);
- f) Cópia Simples da Carta de concessão de afastamento pelo INSS;
- g) Comprovante de vínculo empregatício - Contracheque do mês do evento OU Ficha de registro de empregado junto ao estipulante OU CTPS página do registro e identificação;

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1. O Segurado, 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.

8.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

8.4. 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.

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

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

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

10.2. 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.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - AUTÔNOMO (PRIT - ACID – Autônomo)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, por incapacidade física e temporária do segurado autônomo sem vínculo empregatício, por motivo oriundo exclusivamente de acidentes pessoais cobertos, que impossibilite o segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. Para ter direito a esta Cobertura é necessário que o segurado seja profissional liberal ou autônomo, sem vínculo empregatício, e que tenha comprovação de renda por CCM (Cadastro de Contribuinte Mobiliário), declaração de imposto de renda ou guias de recolhimento de imposto de renda – carnê leão, conforme limite de idade estabelecido nas condições contratuais e que esteja em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

1.3. Caso o segurado deixe de ser um profissional sem vínculo empregatício, a mudança deverá ser informada à Seguradora, para que a mesma faça as devidas alterações, uma vez que, caso no momento do sinistro o segurado não comprove a qualidade de profissional liberal ou autônomo, este não terá direito ao Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal:

- a) Incapacidade causada por doenças;
- b) Incapacidade causada por lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou

reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;

c) Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;

d) hospitalização para “check-up”;

e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

f) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:

- tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
- epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
- tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

g) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

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

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

3.2. Esta cobertura poderá ser oferecida sob a forma de duas opções, devendo a escolha ser feita pelo Estipulante no momento da contratação do seguro e estar definida na Proposta de Contratação.

- a) Opção 1: Pagamento da Indenização de forma única a fim de quitar a dívida;
- b) Opção 2: Pagamento da Indenização na forma de um valor mensal, a fim de quitar parcelas da dívida, limitado a quantidade de parcelas contratadas, desde que comprove, mensalmente, a manutenção da situação de incapacidade.

3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou a incapacidade temporária e o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

4. CARÊNCIA

4.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

5. FRANQUIA

5.1. O Beneficiário não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

5.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Incapacidades Temporárias, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica.

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

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item *Reintegração de Capital*.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

- a)** Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
- b)** Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade, é válida a apresentação de relatório médico diverso desde que as informações contidas satisfaçam os questionamentos abordados no documento emitido pela seguradora;
- c)** Cópia simples Exame(s) médicos comprobatórios e complementares da lesão/doença;
- d)** Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: Última Declaração do Imposto de Renda, Recibo de pagamento autônomo, Carnê-leão acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada, Comprovante do pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada ou Inscrição na Prefeitura acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento;
- e)** Cópia autenticada Laudo de teor alcóolico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- f)** Cópia autenticada Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML).

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1. O Segurado, 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.

8.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

8.4. 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.

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

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

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Perda Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

10.2. 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.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total decorrente de Doença profissional do Segurado contraída no exercício da atividade profissional, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) – ensejando a sua aposentadoria por invalidez, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do contrato, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.1.1. Para todos os efeitos, considera-se invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

1.1.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.1.3. Para fins deste seguro, a atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas Condições Contratuais do Seguro.

1.1.4. Serão elegíveis à contratação desta cobertura os Proponentes que exerçam alguma atividade laborativa e que seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

1.1.5. Não serão considerados Segurados aqueles que não exerçam nenhuma atividade laborativa.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Estão expressamente cobertas as doenças relacionadas com o trabalho, conforme listagem oficial instituída pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999 ou outra que venha a substituí-la.

2.2. A constatação da Invalidez Laborativa Permanente total por Doença, conforme definida no subitem 2.1, será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na sua especialização.

2.3. A concessão desta cobertura está vinculada à aposentadoria por invalidez decorrente de doença profissional concedida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) perda, redução ou 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) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

5. CARÊNCIA

5.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguros(s);
- b)** Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total, o pagamento do Capital Segurado Individual contratado extingue o direito a esta Cobertura.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

- a)** Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
- b)** Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
- c)** Relatório médico devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
- d)** Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

- e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado.
- f) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação.
- g) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.
- h) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (cópia simples);

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

8.4. Para fins desta cobertura, além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do Segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data da inclusão do Segurado na Apólice.

8.5. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença.

8.6. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas

realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

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

8.8. Não restando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais.

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (IFPDA)**1. OBJETIVO**

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do contrato, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. A perda da existência independente é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nesta Condição Especial.

1.3. A contratação desta cobertura, Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação da Cobertura Básica de Morte (IFPDA), fica condicionada à contratação da Cobertura Básica de Morte por se tratar de uma antecipação desta.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total por doença do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:

- a)** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b)** Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c)** Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d)** Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.2. Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

2.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade.

2.4. A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

2.5. O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

2.6. Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

2.7. Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

2.8. A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

2.9. Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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 sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10

	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e 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: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00

	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades 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.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) perda, redução ou 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) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) para as apólices destinadas a trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais/profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional.

3.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.

3.3. A seguradora reserva-se o direito de não 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.

4. CAPITAL SEGUADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual 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.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura que corresponde a até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura

Básica de Morte e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

5. CARÊNCIA

5.1. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. O(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença - Antecipação da Cobertura Básica de Morte, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

7.1. Na ocorrência do sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá (ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir:

- a)** Formulário de Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, datado, assinado e sem rasuras;
- b)** Cópia simples da Carteira de Identidade frente e verso, ou de outro documento de identidade oficial com foto e CPF do Segurado;
- c)** Relatório médico devidamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
- d)** Cópia simples dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

- e) Cópia simples do comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” da data de aviso (conta de consumo), nominal ao Segurado ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá ser encaminhado a declaração de residência, bem como o comprovante de endereço declarado;
- f) Cópia simples dos dados bancários com as informações do número do banco, código de operação da conta, agência e conta corrente ou poupança com a sua devida identificação;
- g) Cópia Simples da Proposta de Adesão Individual ou documento que comprove o vínculo com a Estipulante.

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1. O Segurado, 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.

8.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

8.4. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de caracterização dessa cobertura.

8.5. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

8.6. 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.

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

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

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. Caso existam outras coberturas no(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1. Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.