CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO PRESTAMISTA

CAPITAL FIXO COLETIVO

Versão 5: 29 de dezembro de 2025

Canais de Atendimento:
SAC 24 horas: 0800 722 0264 (Todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive feriados)
Informações ou dúvidas dos produtos, reclamações, contestação, suspensão ou cancelamentos.
Atendimento deficientes auditivos ou de fala: 0800 702 4260
Ouvidoria: 0800 722 0266 (De segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais.)
Disque SUSEP: 0800-0218484.
Site: www.susep.gov.br SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. **Link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados (www.consumidor.gov.br)**

SUMÁRIO

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES 4
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES 5
CLÁUSULA 3 - OBJETIVO DO SEGURO 10
CLÁUSULA 4 – RISCOS COBERTOS 10
CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS 16
CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 20
CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA 20
CLÁUSULA 8 – FRANQUIA 21
CLÁUSULA 9 - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO 21
CLÁUSULA 10 – ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO SEGURO 22
CLÁUSULA 11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 23
CLÁUSULA 12 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA 23
CLÁUSULA 13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO 24
CLÁUSULA 14 – FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS 25
CLÁUSULA 15 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 25
CLÁUSULA 16 - RECÁLCULO DA(S) TAXAS(S) DO PRÊMIO 27
CLÁUSULA 17 - CAPITAL SEGURADO 27
CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIO 28
CLÁUSULA 19 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 28
CLÁUSULA 20 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO 29
CLÁUSULA 21 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SEGURADO 35
CLÁUSULA 22 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO 36
CLÁUSULA 23 - CANCELAMENTO DO SEGURO 37
CLÁUSULA 24 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL 38
CLÁUSULA 25 – EXCEDENTE TÉCNICO 38
CLÁUSULA 26 - REGIME FINANCEIRO 39
CLÁUSULA 27 – OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA 39
CLÁUSULA 28 – DO INTERESSE LEGÍTIMO 39
CLÁUSULA 29 - DA INEXISTÊNCIA, EXTINÇÃO/REDUÇÃO DO INTERESSE LEGÍTIMO 40
CLÁUSULA 30 - CANAIS DE ATENDIMENTO 40
ANEXO I - TABELAS IAIF 42

APRESENTAÇÃO

Nós estamos muito felizes em estar ao seu lado, cuidando das suas conquistas e do que é importante para você. Apresentamos aqui as condições contratuais que contemplam as informações, direitos e obrigações sobre o seguro.

Informamos que as coberturas contratadas estarão especificadas na apólice de seguro e no certificado de seguro, conforme demonstrativo de coberturas.

Para isso, devem ser consideradas, conforme o caso, somente as condições correspondentes às coberturas contratadas e discriminadas na apólice de seguro ou certificado de seguro.

Conte com a gente!

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

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

1.2. O registro do produto é automático e não representa, por parte da SUSEP, na aprovação, recomendação ou incentivo à contratação do seguro a ele vinculado.

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

1.4. Ao contratar este seguro, o Segurado declara estar ciente e de acordo com as cláusulas limitativas descritas nestas Condições Contratuais. As coberturas contratadas estarão especificadas na apólice de seguro e certificado, conforme demonstrativo de coberturas.

1.5. Este seguro é garantido pela Companhia de Seguros Previdência do Sul – Previsul Seguradora, CNPJ nº 92.751.213/0001-73, e está registrado na SUSEP sob nº **15414.628439/2019-25**.

1.6. Este seguro será contratado por meio de apólice coletiva, destinada a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas vinculadas ao Estipulante. São documentos integrantes do presente seguro, a Proposta de Adesão ou Contratação, a Apólice Coletiva, o Certificado Individual e as Condições Contratuais.

1.7. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário para solucionar quaisquer pendências ou litígios judiciais decorrentes deste contrato de seguro, salvo se o Segurado ou o Beneficiário optar por ajuizar a ação no domicílio da Seguradora ou de agente dela.

1.8. A Companhia de Seguros Previdência do Sul - Previsul, na qualidade de Controladora dos dados pessoais, poderá coletar, acessar, armazenar, utilizar e realizar demais operações de tratamento sobre os dados pessoais fornecidos pelo cliente e beneficiários, estritamente para as finalidades relacionadas à execução deste contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias e demais hipóteses permitidas pela Lei nº 13.709/2018 (LGPD). O tratamento dos dados pessoais será realizado para: (i) identificação e cadastro do cliente e beneficiários; (ii) execução e administração dos serviços objeto deste contrato; (iii) comunicação necessária para cumprimento contratual; (iv) prevenção e resolução de fraudes e incidentes de segurança; (v) cumprimento de obrigações legais e regulatórias aplicáveis à Previsul e demais atividades de tratamento listada em nossa Política de Privacidade, que poderá ser acessada através do portalprivacidade.previsul.com.br.

1.9. Os dados pessoais serão armazenados pelo período necessário ao cumprimento das obrigações contratuais, administrativas e legais inerentes a Previsul. Após o término do prazo aplicável, os dados serão eliminados ou anonimizados.

1.10. Para esclarecimentos ou exercício de direitos relacionados ao tratamento de dados pessoais, o cliente e seus beneficiários poderão contatar o encarregado de proteção de dados

(DPO) da Previsul, através do portalprivacidade.previsul.com.br.

1.11. Caso o contrato de seguro seja declarado **nulo ou ineficaz**, o **Segurado** ou terá direito à devolução do valor do prêmio pago, deduzidas as despesas efetivamente realizadas pela Seguradora para a contratação, **salvo se comprovado que o vício decorreu de má-fé do Segurado**.

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

2.1 **Aceitação:** Ato de aprovação de proposta submetida à seguradora para a contratação de seguro.

2.2 **Acidente:** Acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.

2.3 **Acidente Pessoal:** para fins deste Seguro, 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 causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, sendo certo que o suicídio, ou a sua tentativa, será **equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal.**

2.4 **Agravamento de Risco**: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo Segurador.

2.5 **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.6 **Apólice:** documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo Proponente pelo Estipulante.

2.7 **Atualização monetária:** Procedimento utilizado para manter atualizados os valores relacionados ao seguro, conforme dispuserem as condições contratuais.

2.8 **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado e/ou Beneficiário à Seguradora, assim que dele tenham conhecimento, conforme procedimento definido nestas Condições Contratuais.

2.9 **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.10 **Boa-Fé:** No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Sociedade Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.

2.11 **Cancelamento:** Dissolução antecipada do contrato de seguro.

2.12 **Capital Segurado:** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de evento coberto pelo seguro

2.13 **Capital Segurado Fixo:** modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente das variações que possam ocorrer no valor da obrigação assumida.

2.14 **Carência:** É o prazo que corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados, no todo ou em parte, conforme dispuserem as condições contratuais.

2.15 **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora que comprova a inclusão do segurado na apólice coletiva, o qual contém as informações detalhadas do seguro Contratado.

2.16 **Cláusula:** Em sentido estrito, é a denominação dada a cada um dos artigos ou disposições de um contrato. No caso de seguros, utiliza-se o termo para fazer referência a um grupo de disposições, normalmente reunidas sob um título, que estipulam as regras relativas a um particular aspecto do contrato.

2.17 **Coberturas**: Riscos assumidos pela Seguradora.

2.18 **Condições Contratuais:**. é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes

2.19 **Corretor(a) de Seguro:** Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

2.20 **Contrato Coletivo:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano de seguro, fixando os direitos e obrigações do Estipulante e da Seguradora.

2.21 **Credor:** Aquele a quem o segurado deve pagar o valor decorrente da obrigação financeira assumida.

2.22 **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades ("DPSA"):** é o questionário integrante da Proposta de Adesão. Deverá ser respondido pelo Proponente, de forma verdadeira, sem omissão de informações. Neste documento, o Proponente informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data de sua assinatura.

2.23 **Devedor:** é o segurado, que deve pagar o valor decorrente da obrigação financeira assumida.

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

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

2.26 **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantêm ativa apesar do tratamento.

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

2.28 **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio para o qual não existe mais qualquer alternativa terapêutica e nem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico, emitido pelo profissional escolhido pelo Segurado**.**

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

2.30 **Doença Profissional:** aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmaçãode causa e efeito positiva (nexo causal).

2.31 **Doenças ou Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando -se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde, de conhecimento ou não do Segurado, que não tenha sido declarada na declaração pessoal de saúde e atividades, e que poderá ser identificadapela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.

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

2.33 **Estipulante ou Subestipulante:** é a pessoa fisica ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, podendo ser o Credor ou Devedor da obrigação garantida pelo Seguro Prestamista, conforme o caso, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.

2.34 **Evento Coberto:** acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, previsto nestas Condições Contratuais, ocorrido durante a vigência do Seguro e passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratados, observados os limites definidos na Apólice.

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

2.36 **Formulário de Sinistro:** É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

2.37 **Foro:** No contrato de seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato; jurisdição, alçada.

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

2.39 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido regularmente aceitos como segurados e incluídos no seguro, desde que já se tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

2.40 **Grupo Segurável:** constituído pela totalidade das pessoas físicas ou jurídicas que mantêm vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou serem incluídas no Seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Contratuais**.**

2.41 **Indenização:** é o valor pago pela Seguradora ao Credor da Obrigação (Beneficiário), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, durante o período de vigência do Seguro.

2.42 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que emita documentos médicos (relatórios, atestados, declarações etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da Seguradora.

2.43 **Liquidação do Sinistro:** pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

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

2.45 **Prazo de Tolerância:** Prazo durante o qual, no caso de não pagamento do prêmio regular, a sociedade seguradora, ocorrendo evento coberto pelo plano e observado o estipulado nas Condições Contratuais, se obriga ao pagamento da indenização, nos termos da legislação vigente.

2.46 **Prêmio:** é o valor do seguro, ou seja, a importância paga pelo segurado ou Estipulante à Seguradora, para obtenção das garantias e coberturas contratadas.

2.47 **Período Indenizável:** é o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da renda mensal temporária contratada para as coberturas de Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) ou de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD). Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.

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

2.49 **Proponente:** é a pessoa física ou jurídica que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

2.50 **Proposta de Adesão:** 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.

2.51 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro.

2.52 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período, não havendo devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s).

2.53 **Reintegração do Capital Segurado:** Recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após ter sido efetuado o pagamento de alguma indenização ao Segurado.

2.54 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, para os quais não há cobertura e que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização .

2.55 **Saldo Devedor:** é o valor total que o Segurado ainda tem a pagar da obrigação financeira assumida junto à instituição financeira, correspondente às parcelas vincendas, excluídos os juros e as multas decorrentes de atraso.

2.56 **Segurado:** Pessoa física, cuja inclusão foi aceita, que contrata ou, no caso de contratação sob a forma coletiva, adere ao plano

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

2.58 **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto durante o período de Vigência do seguro.

2.59 **Taxa:** É o elemento necessário a fixação do prêmio.

2.60 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período indicado no Certificado Individual em que o Segurado está coberto pelo Contrato de Seguro.

2.61 **Vigência do Seguro:** período contínuo de tempo durante o qual o Seguro está em vigor.

CLÁUSULA 3 - OBJETIVO DO SEGURO

3.1 O presente Seguro, por meio da seguradora, tem por objetivo quitar ou amortizar, total ou parcialmente, obrigação financeira assumida pelo Segurado (Devedor), no caso de ocorrência de evento coberto, nos termos estabelecidos nestas Condições Contratuais e no Contrato Coletivo, até o limite do capital segurado contratado conforme estabelecido no Certificado Individual.

CLÁUSULA 4 – RISCOS COBERTOS

4.1 Serão considerados riscos cobertos os eventos que estiverem amparados pelas coberturas indicadas na Apólice de Seguro e Certificado de Seguro.

4.2 As coberturas passíveis de contratação para este Seguro são divididas em Básicas e Adicionais.

4.3 Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS BÁSICAS:

a) Morte (M);

b) Morte Acidental (MA);

4.3.1 As coberturas básicas poderão ser contratadas em conjunto ou isoladamente e o seguro somente poderá ser contratado com uma das coberturas básicas.

4.4 Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS ADICIONAIS:

a) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);

b) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);

c) Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD);

d) Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI);

e) Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA);

f) Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD).

4.4.1 A contratação de quaisquer coberturas adicionais está condicionada a contratação de ao menos uma das coberturas básicas.

4.5 Para cada cobertura contratada é especificado o Capital Segurado na apólice e Certificado Individual.

4.6 Nas coberturas contratadas, a seguradora responde integralmente pelos prejuízos decorrentes dos riscos cobertos até o respectivo Capital Segurado.

A seguir detalhamento de cada cobertura:

4.7 **Morte (M):** É a cobertura que garante, em caso de morte natural do Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao saldo devedor da obrigação financeira assumida pelo Segurado junto ao Credor, limitada ao Capital Segurado contratado, definidos no Certificado Individual, durante a vigência do Seguro, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Contratuais.

4.8 **Morte Acidental (MA):** É a cobertura que garante, em caso de morte acidental do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal, o pagamento de uma indenização correspondente ao saldo devedor da obrigação financeira assumida pelo Segurado junto ao Credor, limitada ao Capital Segurado contratado, definidos no Certificado Individual, durante a vigência do Seguro, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Contratuais.

4.8.1 Quando contratada isoladamente, não haverá cobertura para eventos decorrente de morte natural, posto que a sua abrangência é somente acidental.

4.8.2 As coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Morte Acidental (MA) não são se acumulam. Na hipótese de pagamento de indenização da cobertura de IPTA, e posterior ocorrência do óbito do Segurado em decorrência do mesmo evento coberto, o valor já indenizado para a cobertura IPTA será deduzido do capital segurado previsto para a cobertura de Morte Acidental.

4.9 **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a cobertura que garante o pagamento de uma indenização correspondente ao saldo devedor da obrigação financeira assumida pelo Segurado junto ao Credor, limitado ao Capital Segurado contratado, definido no Certificado Individual em caso de Invalidez Total e Permanente do Segurado, ocasionada por acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Contratuais.

4.9.1 Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

a) A perda total da visão de ambos os olhos;

b) A perda total do uso de ambos os membros superiores;

c) A perda total do uso de ambos os membros inferiores;

d) A perda total do uso de ambas as mãos;

e) A perda total do uso de um membro superior e um inferior;

f) A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;

g) A perda total do uso de ambos os pés; e

h) A alienação mental total incurável.

i) Nefrectomia bilateral

4.9.2 Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

4.9.3 Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão o que já não tinha sua capacidade plena antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

4.9.4 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

4.9.5 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

4.9.6 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da invalidez do Segurado, a Seguradora deverá propor formalmente ao Segurado, dentro do prazo de quinze dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, sob pena de suspensão do prazo máximo para a liquidação do sinistro, passando a contar novamente no dia útil subsequente a concordância do segurado na realização da junta.

4.9.7 A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por três membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

4.9.8 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.

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

4.10 **Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):** É a cobertura que tem por objetivo antecipar o pagamento da indenização correspondente ao Capital Segurado da cobertura de Morte (M), limitada ao Capital Segurado estabelecido no Certificado Individual. A indenização destina-se à amortização ou quitação do saldo devedor da obrigação financeira assumida pelo Segurado junto ao Credor, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença que resulte na perda da Existência Independente, observadas as exclusões de risco previstas nestas Condições Contratuais.

4.10.1 A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos solicitados pela Seguradora.

4.10.2 Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios adotados pela classe médica especializada, vigentes à época da regulação do sinistro, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes:

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

h) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

i) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual

em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;

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

k) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

l) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;

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

4.10.3 Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através do **ANEXO I - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, anexo a estas Condições, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos.

4.10.4 A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

4.10.5 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

4.10.6 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.

4.10.7 O percentual da Cobertura Morte (M) que será indenizado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

4.11 **Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD):** É a cobertura que garante a antecipação do pagamento de um percentual da cobertura Morte (M) ao próprio Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado, definido no Certificado Individual, em caso de Invalidez Permanente e Total por Doença, comprovada através de declaração médica, para o exercício de sua atividade laborativa principal, conforme Condições Contratuais do Seguro.

4.11.1 Para fins de indenização desta cobertura, é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.

4.11.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta cobertura.

4.11.3 O percentual da Cobertura Morte (M) que será indenizado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

4.12 **Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI):** É a cobertura que, se contratada, garante o pagamento de uma indenização correspondente ao saldo devedor da obrigação financeira assumida pelo Segurado junto ao Credor, por período indenizável e respeitado o limite máximo do capital segurado definido no Certificado Individual, em caso de ocorrência do afastamento do Segurado, por incapacidade, acidente ou doença, que o impeça de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Contratuais e as condições a seguir:

4.12.1 Como "perda de renda temporária por incapacidade" entende-se aquela pela qual o Segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

4.12.2 A cobertura de Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA).

4.12.3 Serão elegíveis para esta cobertura profissionais liberais ou autônomos que se encontrem em plena atividade profissional na data da respectiva contratação do Seguro.

4.13 **Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA):** É a cobertura que, se contratada, garante o pagamento de uma indenização correspondente ao saldo devedor da obrigação financeira assumida pelo Segurado junto ao Credor por período indenizável e capital segurado definido no Certificado Individual do Seguro, em caso de ocorrência do afastamento do Segurado, por incapacidade de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, em função da ocorrência de acidente pessoal coberto, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Contratuais e as condições a seguir:

4.13.1 Como "perda de renda temporária por incapacidade" entende-se aquela pela qual o Segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

4.13.2 A Cobertura de Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI).

4.13.3 Serão elegíveis para esta cobertura profissionais liberais ou autônomos que se encontrem em plena atividade profissional na data da respectiva contratação do Seguro.

4.14 **Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD):** É a cobertura que, se contratada, garante o pagamento de uma indenização correspondente ao saldo devedor da obrigação financeira assumida pelo Segurado junto ao Credor respeitando a quantidade e o valor do limite da cobertura contratada, definido no Certificado Individual, caso o segurado venha a perder involuntariamente o seu emprego (demissão sem justa causa), respeitados os períodos de carência e de franquia.

4.13.1 São elegíveis para a cobertura de Desemprego Involuntário todas as pessoas físicas integrantes do Grupo Segurado, que possuam vínculo empregatício com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador.

CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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.

b) De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

c) De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante legal de um ou de outro. No caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes.

d) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiênciasou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadasou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.

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

f) De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências.

g) Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;

h) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) De furacões, tufões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas.

j) De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

k) De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto.

l) De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de umacidente pessoal coberto.

5.2 Além dos riscos mencionados, estão também expressamente excluídos da coberturas de **Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)** os eventos ocorridos em consequência:

a) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia).

b) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;

c) Tratamento odontológico e ortodôntico mesmo que em consequência de acidente pessoal;

d) Lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;

e) Internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadaspela expressão "acidentes vasculares cerebrais";

f) Qualquer tratamento de doença e suas consequências que não decorra de acidente pessoal coberto;

g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais

h) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas, ou qualquer outro não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina.

i) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados aouso ou dependência de álcool ou drogas;

j) Internação domiciliar;

k) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo; e

l) Procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.

5.3 Além riscos excluídos mencionados, estão também expressamente excluídos da cobertura de **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD),** ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos abaixo especificados:

a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;

c) As doenças em geral, cuja origem possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;

d) As doenças agravadas por traumatismos;

e) As doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou n ão, e/ou a posturas viciosas;

f) Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado;

5.4 Além dos riscos excluídos mencionados, estão também expressamente excluídos da cobertura de **Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI)** e **Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA)** os eventos ocorridos em consequência:

a) Doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

b) Doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado.

c) Doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído "burnout", e depressão, mesmo que ocasionadas por acidente pessoal.

d) Qualquer afastamento ou tratamento médico, cirúrgico ou dentário não decorrentes de acidente pessoal coberto e suas consequências.

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

f) Afastamentos relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas.

g) Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses.

h) Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências.

5.5 Além dos riscos mencionados, estão também expressamente excluídos da cobertura de **Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD)**, eventos ocorridos em consequência de:

a) De jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;

b) De renúncia ou perda voluntária do emprego;

c) De trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;

d) De término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive estágios;

e) De demissão por justa causa, no caso de empregados trabalhando sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho;

f) De exoneração ocorrida em função de prática irregular, conforme previsto no estatuto que rege o funcionalismo público federal, estadual ou municipal a qual pertence o Segurado;

g) De desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;

h) De campanhas de demissão em massa. Para fins deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10 (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;

i) De perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um no mesmo período;

j) De trabalhador sem vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada, de acordo com as Consolidações das Leis do Trabalho, de forma contínua e ininterrupta por pelo menos um ano, ou não trabalhando regularmente como servidor público concursado, na função para a qual foi aprovado no concurso público ao qual concorreu e já tendo terminado o estágio probatório.

Estão ainda excluídas da cobertura, as pessoas que exercem os seguintes tipos de atividade:

a) atividades em regime complementar de trabalho, ou como "horistas";

b) estágio probatório ou sob contrato temporário de trabalho;

c) estágio escolar;

d) trabalho como profissional autônomo;

e) donos de empresa, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore;

5.6 Os riscos previstos por morte ou a incapacidade somente estarão cobertos nos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1 As coberturas do Seguro previstas nestas Condições Contratuais aplicam-se para os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, **exceto para as coberturas de perda de renda, que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território nacional.**

6.2 Este contrato, bem como todas as relações dele decorrentes, serão regidos e interpretados de acordo com a legislação brasileira.

CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA

7.1 O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido na Proposta de Adesão e Certificado Individual.

7.2 A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos e não excederá metade do prazo de vigência previsto na Apólice.

7.3 Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio, que, na forma da legislação vigente, deverá ser respeitada uma carência de 02 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7.4 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 8 – FRANQUIA

8.1 As franquias, quando previstas, serão definidas na Proposta de Adesão e Certificado Individual.

8.2 As coberturas de Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) estão sujeitas à quantidade de dias de franquia estabelecida na Proposta de Adesãoa qual não não poderá ser superior a 15 (quinze) dias.

8.3 A franquia da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) não poderá ser superior a 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA 9 - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

9.1 Este seguro deverá ser contratado por meio de apólice coletiva, destinada a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Sub-estipulante. A contratação de seguros por meio de apólice coletiva será realizada mediante Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e, se houver, pelo Sub-estipulante e os vínculos devem ser anterior a Proposta e não securitário.

9.2 A adesão do Segurado à Apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura da Proposta de Adesão, após tomar conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

9.3 As alterações durante a vigência do Seguro serão realizadas mediante assinatura da respectiva Proposta de Contratação e posterior formalização por meio de endosso à Apólice coletiva.

9.4 Contratação da apólice coletiva pelo Credor (Estipulante):

9.4.1 A Instituição Credora submeterá Proposta de Contratação à Seguradora para análise e aceitação do risco, a qual dará origem à Apólice Coletiva.

9.4.2 O Contrato Coletivo estabelecerá questões operacionais entre Estipulante e Seguradora e deve ser sempre interpretado em conjunto com as Condições Contratuais.

9.4.3 A adesão do Segurado à Apólice Coletiva é facultativa e deverá ser realizada mediante a assinatura da Proposta de Adesão, após tomar conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

9.4.4 A adesão à Apólice Coletiva poderá ser feita por pessoa jurídica desde que atendida, cumulativamente, as condições abaixo:

9.4.4.1 Haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade da pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro;

9.4.4.2 O seguro seja feito sobre a vida de um ou mais sócios da pessoa jurídica, titulares,

instituidores, administradores ou empresários, cuja composição societária deverá ser informada pelo Segurado no momento da adesão.

CLÁUSULA 10 – ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO SEGURO

10.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

10.2 A proposta de adesão deverá ser apresentada, com o devido preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

10.3 A Seguradora tem o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na Seguradora para aceitação ou recusa do risco.

10.4 O prazo de 25 (vinte e cinco) dias será suspenso, quando a Seguradora verificar que as informações contidas na proposta de contratação são insuficientes e solicitar a apresentação de informações, declarações, exames médicos ou documentação complementar para auxiliar na avaliação do risco.

10.5 A contagem do prazo de 25 (vinte e cinco) dias voltará a reiniciar no dia imediatamente seguinte em que for apresentado o que foi solicitado.

10.6 Não havendo manifestação da Seguradora no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, o risco estará automaticamente aceito. A não aceitação da proposta de contratação será formalmente comunicada, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, com justificativa da recusa.

10.7 Na proposta deverão ser prestadas todas as informações sobre o risco que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro.

10.8 O pagamento antecipado do prêmio do seguro caracteriza a aceitação da Proposta.

10.9 A emissão e disponibilização da Apólice/Certificado dentro do prazo de análise da Proposta materializa a sua aceitação pela Seguradora.

10.10 A não aceitação da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, acompanhada da justificativa da recusa. Em caso de aceitação da Proposta de Contratação, a a Seguradora e o Estipulante deverão proceder à assinatura do Contrato Coletivo.

10.11 Haverá cobertura provisória para sinistros ocorridos durante o prazo de análise, a partir do início de vigência declarado na proposta.

10.12 **Havendo a recusa da Proposta de Contratação ou de Adesão, a cobertura provisória cessará imediatamente após a comunicação formal da recusa pela Seguradora. Nesse caso, a diferença entre o valor pago pelo Proponente e o valor correspondente ao**

período em que tiver prevalecido a cobertura provisória será restituída ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa. Caso não tenha sido efetuado o pagamento de nenhum valor antecipadamente, poderá a Seguradora cobrar o prêmio "pró-rata dia" referente ao período de cobertura provisória.

10.13 Em caso de aceitação da proposta, a Seguradora irá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência do Seguro.

10.14 Poderão ser incluídos no seguro todas as pessoas físicas do grupo segurável, que preencham as condições de elegibilidade estabelecidas na Proposta de Contratação, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão.

CLÁUSULA 11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1O início e término da vigência do seguro, se darão às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Certificado Individual.

11.2 Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada de que:

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

b) Se houver alteração do prazo originalmente contratado para a obrigação financeira, o **Segurado ou Estipulante** deverá comunicar formalmente à Seguradora. Recebida a comunicação, a Seguradora, no prazo fixado pela regulamentação aplicável, procederá ao **cancelamento do certificado vigente**, com a **devolução do prêmio proporcional ao período a decorrer**, e realizará à **emissão de novo certificado individual**, contendo o novo prazo da obrigação financeira pactuado entre o estipulante e o segurado, bem como o **ajuste referente ao valor do prêmio correspondente.**

11.3 Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 12 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

12.1 A modalidade de Capital Segurado deste plano é o Capital Fixo, no qual o Capital Segurado não sofre alteração ao longo da vigência.

12.2 Qualquer alteração na apólice coletiva em vigor deverá ser realizada por termo aditivo ao Contrato Coletivo e, ratificado por meio de endosso. Caso a alteração implique ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, a referida alteração dependerá da

concordância expressa e escrita dos segurados que representem ¾ (três quartos) do grupo segurado, ratificada pelo correspondente endosso.

12.2.1 Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

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

CLÁUSULA 13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1 O custeio do Seguro poderá ser:

a) **Contributário**, em que os Segurados pagam o prêmio, total;

b) **Parcialmente contributário**, em que os Segurados pagam parte do prêmio e o Estipulante paga a outra parte;

c) **Não contributário**, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.

13.2 No caso de seguro contributário, mediante acordo, o Estipulante poderá se responsabilizar pelo recolhimento e o repasse dos prêmios à Seguradora, conforme as condições estabelecidas no Contrato Coletivo. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará os Segurados.

13.3 Não será cobrado qualquer valor que exceda ao destinado ao custeio do Seguro. Quando houver a cobrança aos segurados de outros valores devidos ao Estipulante juntamente com o prêmio, é obrigatório que esses valores constem discriminados e em apartado no documento de cobrança do prêmio

13.4 O prêmio do seguro poderá ser único ou periódico, a ser pago em parcela única, à vista ou de modo fracionado, de acordo com o estabelecido na contratação e na Proposta de Adesão do seguro.

13.5 Se a data de vencimento cair em um dia que não haja expediente bancário, como feriados ou fins de semana, é permitido realizar o pagamento no dia útil subsequente, não implicando em qualquer penalidade ou em atraso no pagamento.

13.6 Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado, mas ficará condicionado ao pagamento do prêmio em aberto.

13.7 Quando a forma de cobrança do prêmio for por meio de desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante solicitação

escrita do Segurado. A ausência de repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante não poderá causar qualquer prejuízo ao segurado ou respectivos beneficiários no que se refere às coberturas do Seguro.

13.8 Servirão de comprovante de pagamento de prêmios, o débito efetuado em conta bancária, em cartão de crédito, o recibo de pagamento bancário, devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

13.9 A data para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das parcelas é o dia de vencimento estipulado no documento de cobrança.

CLÁUSULA 14 – FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

14.1 Se o pagamento da primeira parcela do prêmio do seguro ou do valor total em caso de prêmio único à vista não ocorrer até a data de seu vencimento, não estará caracterizada a efetivação do Seguro. Nesse caso, o Segurado não terá direito a qualquer tipo de cobertura ou indenização.

14.2 Na hipótese de inadimplência de qualquer parcela posterior à primeira, a Seguradora notificará o Segurado sobre as parcelas de prêmio pendentes, bem como sobre a incidência de juros e atualização monetária aplicáveis, concedendo prazo não inferior a 15 dias contados do recebimento da notificação, para pagamento dos valores.

14.3 Será concedido prazo de tolerância de até 90 dias, contados da data de vencimento da primeira parcela não paga, para a regularização dos débitos em atraso.

14.4 Por liberalidade da Seguradora, os sinistros ocorridos dentro do período de tolerância serão cobertos, com a respectiva cobrança do prêmio devido. A Seguradora poderá compensar da indenização o valor do prêmio em aberto, acrescido de juros de mora e atualização monetária, quando cabível.

14.5 **Ultrapassado o prazo de 90 (noventa) dias após a última notificação ao Segurado ou do Estipulante quanto às parcelas pendentes, e não tendo o Segurado efetuado o pagamento das parcelas em atraso, o Seguro será automaticamente cancelado, sem direito a qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.**

CLÁUSULA 15 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

15.1 Aplicabilidade por atraso de pagamento da indenização ao Beneficiário:

15.1.1 O capital segurado passa a ser atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, calculado a partir da data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, com a aplicação de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante

devido, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos.

15.2 Aplicabilidade em atraso pagamento do prêmio à Seguradora pelo Segurado:

15.2.1 O não pagamento do Prêmio na forma e no prazo previstos, implicará na aplicação de juros de mora conforme a taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), a partir do primeiro dia de descumprimento do prazo até o efetivo pagamento além de sua atualização monetária pelo índice IPCA/IBGE, calculado a partir da data em que se tornar exigível até a data do efetivo pagamento.

15.3 Aplicabilidade em devoluções de prêmios ao Segurado:

15.3.1 Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmios sujeitam-se a atualização monetária mediante a aplicação do índice IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data da efetiva devolução. Considera-se a data de exigibilidade para fins de atualização de valores em decorrência de devolução de prêmio:

a) no caso de cancelamento do Seguro por iniciativa do segurado, a partir da data do recebimento da solicitação do cancelamento pela Seguradora. E no caso de o cancelamento ocorrer por falta de pagamento, a partir da data do efetivo cancelamento;

b) no caso de recebimento indevido de prêmio, a partir da data de recebimento do prêmio.

15.4 Aplicabilidade em atualização de capital segurado e prêmios:

15.4.1 Os Capitais Segurados e os prêmios serão atualizados a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE no período dos 12 (doze) meses anteriores

15.4.2 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

15.5 Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

15.6 Os índices e o período de correção poderão ser alterados por força de lei ou regulatória pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

CLÁUSULA 16 - RECÁLCULO DA(S) TAXAS(S) DO PRÊMIO

16.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

16.2 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, para as novas adesões, **desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 90 (noventa) dias que antecedem o final da vigência do seguro.**

CLÁUSULA 17 - CAPITAL SEGURADO

17.1 A cobertura do seguro se dará somente pelo saldo devedor, respeitando o valor de capital segurado fixo estabelecido na contratação, portanto, parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação financeira por parte do segurado não serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga em caso de sinistro coberto.

17.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) Na cobertura de Morte (M), a data do falecimento;

b) Na cobertura de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do acidente;

c) Na cobertura de Indenização por Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), a data consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo;

d) Na cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), a data consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo;

e) Na cobertura de Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), a data em que o Segurado ficou incapaz de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, comprovada por declaração do Médico Assistente;

f) Na cobertura de Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), a data do acidente, que tenha originado o quadro de incapacidade do Segurado para exercer a sua principal atividade laboral remunerada, comprovado por

declaração do Médico Assistente; e

g) Na Cobertura Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) a data do desligamento, quando da Consolidação das Leis do Trabalho, ou da exoneração, quando servidor público concursado.

17.3 Quando se tratar de Seguro Prestamista contratado por Pessoa Jurídica, em caso de sinistro coberto, fica estabelecido que o Capital Segurado a ser pago pela Seguradora será proporcional à obrigação assumida e corresponderá ao percentual de participação societária da pessoa física que sofreu o sinistro coberto, considerando o saldo devedor apurado na data do sinistro da pessoa física (sócio).

CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIO

18.1 O primeiro beneficiário do seguro prestamista é o credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

18.2 Na ocorrência de evento coberto, havendo saldo excedente entre a obrigação assumida pelo devedor e o Capital Segurado contratado, este será pago ao próprio segurado ou seus beneficiários.

18.3 Na falta de indicação do Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

CLÁUSULA 19 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

19.1 A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) é automática após cada evento, sem cobrança de prêmio adicional, observadas as seguintes condições:

a) Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis) meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

b) Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) é necessário que se comprove, pelo menos, 12 (doze) meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador, entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

19.2 Não haverá possibilidade de reintegração do capital Segurado relativo as demais coberturas.

CLÁUSULA 20 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

20.1 Sob pena de perder o direito à indenização, o Estipulante ou o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, informando todas as circunstâncias do evento, tão logo tome conhecimento, devendo adotar as providências imediatas para minorar suas consequências, observado o disposto na Cláusula "Perda do Direito à Indenização", encaminhando todos os documentos básicos exigidos para cada tipo de cobertura.

20.2 Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

20.3 A comunicação feita por carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora.

20.4 O prazo máximo para a regulação do Sinistro é de 30 (trinta) dias, para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

20.5 Após reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.

20.6 **Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 20.4 desta Cláusula será suspenso por no máximo 2 (duas) vezes, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela Seguradora dos documentos e informações complementares. Caso o capital segurado a ser indenizado não seja superior a 500(quinhentos) salários mínimos vigentes a suspensão do prazo será de 1(uma) vez.**

20.7 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

20.8 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação

correrão por conta do Beneficiário do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

20.9 A indenização será paga pela Seguradora diretamente ao Estipulante, sob a expressa condição de que este faça a quitação ou amortização da obrigação financeira assumida pelo Segurado, conforme contrato junto ao Credor.

20.10 Para liquidação de sinistro é necessário o envio, pelo Segurado ou Beneficiário, à Seguradora, dos documentos básicos abaixo indicados de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas.

20.11 Para todos os casos de sinistro, a ocorrência será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos do segurado:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, e devidamente preenchido em todos os seus campos;
b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado e, quando menor de 18 anos, a Certidão de Nascimento;
c) Cópia do comprovante de residência do Segurado;
Para os seguros contratados por pessoa jurídica:
d) Cópia do Ato Constitutivo da respectiva empresa e todas as alterações devidamente registradas nos órgãos competentes; e
e) Documentos pessoais dos sócios, se aplicável. (CPF, RG e comprovante de residência).

20.12 **Documentos básicos do(s) Beneficiário(s):**

a) Cópia do comprovantes de endereço, CNPJ do Beneficiário Estipulante;
b) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, da obrigação financeira assumida com o Estipulante assinada, devidamente registrada e datada;
c) Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Estipulante;

Se houver saldo remanescente a ser pago aos beneficiários do segurado:

d) **Cópia do comprovante de residência do Beneficiário e Formulário de autorização de pagamento**, independentemente de qual seja o Beneficiário, além dos documentos descrito nos itens abaixo:

a.1) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF.

a.2) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento.

a.3) Filhos: Certidão de Nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade e

CPF.

a.4) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.

a.6) Declaração de únicos Herdeiros: caso o Segurado não tenha indicado seu(s) Beneficiário(s), em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação do(s) respectivo(s) Beneficiário(s).

a.7) Na ausência de Beneficiário(s) indicado(s) e se houver filhos, Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do Segurado, se os filhos forem os Beneficiários.

20.13 Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização.

20.14 Além da documentação prevista nos itens 20.11 e 20.12, a comprovação do sinistro deverá ser realizada mediante a apresentação dos documentos específicos exigidos para cada cobertura, conforme descrito a seguir.

20.15 Para acionamento da Cobertura de Morte (M), deverão ser apresentados:

a) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

b) Cópias dos exames que diagnosticaram as doenças que levaram o segurado a óbito;

c) Laudo do médico que acompanhou o segurado informando o prognostico das doenças e os tratamentos realizados com datas de início e fim destes acompanhamentos.

20.16 Para acionamento da Cobertura de Morte Acidental (MA), deverão ser apresentados:

a) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

b) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

c) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

d) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;

e) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

20.17 Para acionamento da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTA) deverão ser apresentados:

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);

b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez, esclarecendo os questionamentos no formulário de Aviso de Sinistro, na ausência do envio do mesmo;

c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigidopelo Segurado;

d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

e) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;

f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado

g) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;

h) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente.

20.17.1O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do Segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo Segurado.

20.17.2 A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas a comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

20.17.3 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.

20.18 Para acionamento da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) deverão ser apresentados:

a) Folha autenticada da rescisão do contrato de trabalho;

b) Cópia da carteira de trabalho;

c) Comprovante do recebimento das parcelas do seguro-desemprego, garantido pela Previdência Social;

20.18.1 A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

20.18.2 Acumulação das Indenizações: O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Desemprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerarácomo certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

20.19 Para acionamento da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) deverão ser apresentados:

a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.), informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;

b) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por médico habilitado;

c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e por Médico habilitado, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante

d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível

e) Laudos e exames médicos;

f) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;

20.20 Para acionamento da Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD) deverão ser apresentados:

a) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do Segurado (original), bem como declaração médica do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema

orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício da atividade laborativa;

b) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;

c) Extrato contendo a informação sobre o saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro.

20.21 Para acionamento da Cobertura de Perda de Renda Temporária por Incapacidade (RTI); deverão ser apresentados:

a) Atestado médico original, com firma reconhecida, que comprove o afastamento do trabalho, informando inclusive o número de dias de afastamento;

b) Cópia de todos os exames complementares realizados;

c) Relatório médico onde deve constar a data do evento, diagnóstico e tratamento realizado;

d) Documento original, comprobatório da incapacidade, expedido por órgão oficial da previdência;

e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

g) Formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal, caso houver;

h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

i) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);

j) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;

20.22 Para acionamento da Cobertura de Perda de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente (RTIA) deverão ser apresentados:

a) Atestado médico original, com firma reconhecida, que comprove o afastamento do trabalho, informando inclusive o número de dias de afastamento;

b) Cópia de todos os exames complementares realizados;

c) Relatório médico onde deve constar a data do evento, diagnóstico e tratamento realizado;

d) Documento original, comprobatório da incapacidade, expedido por órgão oficial da previdência;

e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

g) Formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal, caso houver;

h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

i) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);

j) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;

20.22.1 A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

20.22.2 O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda Temporária por Incapacidade para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

20.22.3 As indenizações decorrentes da cobertura de Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente (RTIA) será paga mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar incapaz, observado o limite contratual máximo de cada cobertura.

20.23 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

CLÁUSULA 21 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SEGURADO

21.1 Constituem obrigações do Estipulante e/ou Segurado, sem prejuízo de outras obrigações previstas ao longo das Condições Contratuais:

i) Comunicar o sinistro à Seguradora tão logo tome conhecimento e adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.

ii) **Comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**

iii) **Cumprir com as disposições previstas nas Condições Contratuais.**

iv) **Agir com boa-fé.**

v) **Fornecer à Seguradora dados e informações corretas e precisas para a adequada análise do risco.**

22.3. O Segurado obriga-se a comunicar à Seguradora, de forma imediata e por meio dos canais disponibilizados, qualquer alteração em seus dados cadastrais, tais como endereço, telefone, e-mail, estado civil, composição societária (quando aplicável) ou qualquer outra informação relevante para a manutenção do contrato.

22.4. A falta de comunicação poderá implicar na impossibilidade de envio de notificações, cobrança de prêmios ou regulação de sinistros, não podendo ser imputada à Seguradora qualquer responsabilidade por prejuízos decorrentes dessa omissão.

22.5. Caso a alteração cadastral implique em modificação do risco originalmente contratado, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias contados do recebimento da comunicação, ajustar as condições do seguro ou cancelar a cobertura, conforme previsto na legislação e nas Condições Contratuais.

22.6. Se o Segurado deixar de informar, de forma intencional, qualquer fato relevante sobre seu estado de saúde, atividades, histórico médico ou outras informaçõ es necessárias para a avaliação do seguro, ele perderá o direito à cobertura prevista neste contrato. Caso a não informação seja de forma culposa a Seguradora reduzirá o direito a cobertura de forma proporcional entre prêmio que foi pago e o prêmio que deveria ter sido cobrado caso a informação correta tivesse sido prestada no momento da contratação.

CLÁUSULA 22 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1 O Segurado perderá o direito à indenização, permanecendo responsável pelo pagamento do prêmio vencido, nas seguintes situações:

I. **Quando o Segurado deixar de informar, de forma intencional, qualquer fato relevante sobre seu estado de saúde, atividades, histórico médico ou demais informações necessárias para a avaliação do risco, haverá a perda integral do direito à cobertura prevista neste contrato.**

II. Se a falta de informação ocorrer sem intenção, a Seguradora reduzirá a cobertura de forma proporcional à diferença entre:

a) o prêmio efetivamente pago, e
b) o prêmio que seria devido caso as informações corretas tivessem sido prestadas no momento da contratação.

22.2 O Segurado perderá o direito à indenização caso seja constatada fraude ou tentativa de fraude praticada por ele, seus beneficiários, representantes ou prepostos, incluindo:

a) se o Segurado provocar intencionalmente o sinistro.
b) agravamento de risco intencional de suas consequências com o objetivo de obter pagamento indevido.

CLÁUSULA 23 - CANCELAMENTO DO SEGURO

23.1 A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio calculado proporcionalmente ao período a decorrer, deduzidas as despesas realizadas pela Seguradora com a contratação.

23.1.1 Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

23.2 Caso haja falta de pagamento do prêmio, o seguro poderá ser cancelado, conforme disposições previstas na Cláusula "FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS" destas Condições Contratuais.

23.3 O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

23.4 A apólice coletiva poderá ser cancelada mediante a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva.

23.5 Ocorrendo a rescisão do seguro, subsistirão as obrigações das partes por prêmios devidos e sinistros ocorridos na sua vigência, observados os prazos prescricionais previstos na legislação brasileira e os certificados individuais emitidos com data de início anterior à data de rescisão da apólice permanecerão em vigor até os seus respectivos vencimentos.

CLÁUSULA 24 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

24.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do certificado individual.

24.2 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas Morte (M), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);

24.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio;

c) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" destas Condições Contratuais;

d) com a extinção antecipada da obrigação, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 25 – EXCEDENTE TÉCNICO

25.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

25.2 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

25.3 Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, e;
b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
c) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:
d) Comissões de corretagem registradas durante o período;
e) Comissões de administração (Pró Labore e Agenciamento) registradas durante o período;
f) Valor total dos sinistros;
g) Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.

As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
h) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
i) O aviso à seguradora, para sinistros;

j) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
l) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

25.4 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro.

25.5 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última emissão, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

25.6 Nos seguros parciais ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.

25.7 Nos seguros, contributários ou parcialmente contributários, em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

CLÁUSULA 26 - REGIME FINANCEIRO

26.1 O presente Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, de modo que não há qualquer previsão de devolução, resgate ou portabilidade de prêmios.

CLÁUSULA 27 – OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

27.1 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; e

27.2 Prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

27.3 A seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário, conforme coberturas dispostas no Certificado Individual

CLÁUSULA 28 – DO INTERESSE LEGÍTIMO

27.4 A eficácia deste contrato de seguro depende da **existência de interesse legítimo do Segurado ou do Estipulante sobre a obrigação garantida**, entendendo-se como tal a relação jurídica, econômica ou contratual que justifique a proteção contra o risco de inadimplemento do compromisso financeiro.

28.1 Na hipótese de o interesse legítimo ser superveniente, a eficácia do contrato iniciar-se-á a partir

da data de verificação desse interesse, observada a vigência da apólice.

27.5 Se o interesse legítimo for parcial, o contrato produzirá efeitos na proporção da parte útil, permanecendo ineficaz quanto à parte inexistente.

27.6 Caso seja ou se torne impossível a existência do interesse legítimo, o contrato será considerado nulo de pleno direito.

CLÁUSULA 29 - DA INEXISTÊNCIA, EXTINÇÃO/REDUÇÃO DO INTERESSE LEGÍTIMO

29.1 Extinto o interesse legítimo sobre a obrigação garantia, inclusive pela **quitação total da dívida, novação, cessão de crédito, ou extinção do vínculo contratual**, o contrato será **resolvido de pleno direito**, assegurada ao Segurado a **devolução proporcional do prêmio**, correspondente ao período não decorrido da vigência, **deduzidas as despesas realizadas pela Seguradora com a contratação**.

29.2 Se ocorrer redução relevante do interesse, a exemplo de amortização substancial da dívida ou renegociação que modifique o valor do saldo devedor, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado, na mesma proporção, o direito da Seguradora às despesas incorridas com a contratação.

29.3 A comunicação da extinção ou redução do interesse deverá ser feita pelo Estipulante ou pelo Segurado à Seguradora quando da ocorrência do fato gerador.

29.4 Em caso de nulidade ou ineficácia do contrato, o Segurado terá direito à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas pela Seguradora, salvo se provado que o vício decorreu de sua má-fé.

CLÁUSULA 30 - CANAIS DE ATENDIMENTO

A Previsul possui canais para você entrar em contato conosco e buscar informações sobre o seu produto.

Atendimento via Whatsapp

+55(11) 3003-6773 – Tire dúvidas, encontre informações, faça solicitações de documentos e comunique/acompanhe seu sinistro.
Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

Fale conosco
Tire dúvidas, encontre informações, faça solicitações de documentos ou cancelamentos e comunique/acompanhe seus sinistro
3003-6773 – Capitais e cidades metropolitanas
0800-709-8059 – Demais localidades .
Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

Acione sua assistência
3003-6773 – Capitais e cidades metropolitanas
0800-709-8059 – Demais localidades .
Serviço 24h, 7 dias por semana, inclusive feriados nacionais.

SAC 24 horas

0800-722-0264 - Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades
Todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive em feriados nacionais. As ligações podem ser a cobrar.

Ouvidoria

Reclamações não atendidas satisfatoriamente por outros canais, ou sugestões e elogios.
Para acessar informe o número de protocolo anterior fornecido pelos nossos outros canais de atendimentos de voz ou digital

0800-722-0266 - Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades
Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

Central de atendimento ao surdo

Faça a chamada a partir de um aparelho adaptado com teclado alfanumérico.

0800-702-4260 – Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades
Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

ANEXO I - TABELAS IAIF

O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas:

a) **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1˚ Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto.O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2˚ ou no 3˚ grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

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.	0
	2º grau: segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e ou para sair à rua; comunica- se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	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 saudável (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 desempenh ar suas tarefas normais.	0
	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 encontr e em estágio que demand e supo r t e 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 auto suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	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 àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

b) A segunda é a **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade**, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontos
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08