

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO PRESTAMISTA

Capital Fixo - Coletivo

Canais de Atendimento:

Ouvidoria - 0800 722 0266, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais, e-mail: ouvidoria@previsul.com.br.

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)

Susep nº 15414.628439/2019-25

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

Versão fevereiro/2023

Sumário

1	APRESENTAÇÃO.....	3
2	INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	4
3	ESTRUTURA DO CONTRATO DE SEGURO.....	4
4	OBJETIVO DO SEGURO.....	4
5	DEFINIÇÕES.....	5
6	FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....	11
7	COBERTURAS.....	12
8	RISCOS EXCLUÍDOS.....	18
9	AMBITO GEOGRAFICO.....	23
10	CARÊNCIA.....	23
11	FRANQUIA.....	23
12	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	24
13	INCLUSÃO NO SEGURO.....	25
14	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	25
15	REPACTUAÇÃO DO PRAZO ORIGINAL A QUAL COTRANTO O SEGURO ESTÁ ATRELADO.....	26
16	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	26
17	CUSTEIO E PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	27
18	ATUALIZAÇÃO DO CAPITALS SEGURADOS, RENDAS MENSAS E PRÊMIOS.....	28
19	RECÁLCULO DA(S) TAXAS(S) DO PRÊMIO.....	29
20	CAPITAL SEGURADO.....	29
21	BENEFICIÁRIOS.....	30
22	COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	30
23	ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	31
24	DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	32
25	OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.....	39
26	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	40
27	RESCISÃO.....	41
28	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	42
29	CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	43
30	REGIME FINANCEIRO.....	43

APRESENTAÇÃO

Nós ficamos muito felizes em estar ao seu lado, cuidando das suas conquistas e do que é importante para você. Apresentamos aqui as Condições Contratuais do seu seguro que contemplam as principais informações, direitos e obrigações sobre o seu seguro e como funcionam as coberturas contratadas.

Por meio da contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais. Informamos que as coberturas contratadas pelo Segurado estarão especificadas na apólice, conforme demonstrativo de coberturas.

Para isso, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, contratadas e discriminadas na apólice de seguro, desprezando-se quaisquer outras.

Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

As condições Contratuais do seguro estarão disponíveis previamente ao proponente, antes da assinatura da proposta.

Conte com a gente! Estaremos sempre ao seu lado cuidando das suas conquistas.

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1 A aceitação da proposta de seguro estará sujeita à análise do risco.

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

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

1.4 Este plano de 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

1.5 Este seguro possui vigência por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

1.6 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado para solucionar pendências ou litígios judiciais decorrentes deste do contrato de seguro.

CLÁUSULA 2ª– ESTRUTURA DO CONTRATO DE SEGURO

2.1 As condições deste seguro correspondem ao conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições contratuais, do contrato coletivo, da apólice coletiva, da proposta de adesão e do certificado individual do seguro.

2.2 **Qualquer alteração realizada nestas Condições Contratuais será aplicável, no caso de plano individual, para as novas contratações ou renovações ocorridas após o registro da alteração na SUSEP e, no caso de plano coletivo, para as apólices emitidas ou renovadas a partir do registro das alterações na SUSEP.**

2.3 **Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, das Condições Contratuais, da Apólice e seus anexos e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas, posteriormente, na forma estabelecida nestas Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 3ª - OBJETIVO DO SEGURO

3.1 O presente seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas Condições Contratuais, até o limite do capital segurado contratado.

CLÁUSULA 4ª – DEFINIÇÕES

4.1 Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico do Segurado, sendo certo que o suicídio, ou a sua tentativa, será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal.

4.1.1 Estão incluídos no conceito de Acidente Pessoal:

- a) Os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- d) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

4.1.2 Não estão incluídos no conceito de Acidente Pessoal:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser ceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

4.2 Agravamento de Risco: é uma circunstância que aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do segurado.

4.3. Agravo Mórbito: piora de uma doença.

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

4.5 Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas formado pela união de três sistemas: esquelético, muscular e articular destinadas ao deslocamento do corpo humano.

4.6 Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

4.7 Atividade Laborativa Principal: é aquela através da qual o Segurado obteve ou obtém maior renda, dentro de determinado exercício anual definido no Contrato de Trabalho.

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

4.8 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.

4.9 Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro. Para fins desse seguro, o primeiro Beneficiário será o Credor.

4.10 Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.

4.11 Capital Segurado Fixo: modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independente da evolução do valor da obrigação.

4.12 Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração, considerada grave.

4.13 Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados. A carência poderá

ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há carência.

4.14 Certificado Individual: documento emitido para cada segurado, por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

4.15 Coberturas: é o conjunto dos riscos cobertos que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto

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

4.17 Consumo: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

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

4.19 Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de executar atividades cotidianas relacionadas à sua subsistência, bem como às relações interpessoais e cognitivas.

4.20 Contrato Coletivo: é o contrato firmado entre a Seguradora e o Estipulante, que estabelece as peculiaridades operacionais da contratação do plano de seguro, fixando as obrigações da Seguradora e do Estipulante, em especial no que se refere às relações com o Segurado, Beneficiário, de forma a complementar às Condições Contratuais.

4.21 Credor: aquele a quem o devedor/segurado deve pagar as prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou compromisso assumido.

4.22 Dados Antropométricos: peso e a altura do Segurado.

4.23 Data de Exigibilidade: data de ocorrência do sinistro, definida em cada uma das coberturas contratadas nos termos das Condições Contratuais.

4.24 Declaração Pessoal de Saúde e Atividades (“DPS”): informações que devem ser prestadas pelo Proponente de forma verdadeira, sem omissão de informações, a critério da Seguradora, relacionada às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração para avaliação do risco e na regulação do sinistro.

4.25 Devedor: aquele que deve pagar as prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido, ou seja, o Segurado.

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

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

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

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

4.30 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 ou pelos Beneficiários.

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

4.32 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 confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

4.33 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 identificada pela 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.

4.34 Endosso: documento emitido pela Seguradora por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

4.35 Estado Conexo Mental: o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

4.36 Estipulante ou Subestipulante: é a pessoa natural 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 Sociedade Seguradora.

4.37 Etiologia: causa de cada doença.

4.38 Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

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

4.40 Franquia: quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de Sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Sociedade Seguradora.

4.41 Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido efetivamente aceites e incluídos na apólice coletiva.

4.42 Grupo Segurável: aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas ou jurídicas que mantêm vínculo com o Estipulante, que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

4.43 Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitado ao valor do capital segurado, quando da ocorrência de evento coberto.

4.44 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 aceites 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.**

4.45 Obrigação: dívida ou 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.

4.46 Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) *jus* ao capital contratado em caso de ocorrência de qualquer dos eventos cobertos.

4.47 Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

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

4.49 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 de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD). **Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.**

4.50 Proponente: é o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

4.51 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.

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

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

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

4.55 Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

4.56 Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados pela Seguradora, após o recebimento do aviso de sinistro, para apuração das causas e demais circunstâncias envolvidas na ocorrência do sinistro, com a finalidade de verificar a caracterização de evento coberto e seu enquadramento no Seguro.

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

4.58 Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele em que os prêmios são fixados num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

4.59 Renovação: recondução da Apólice de Seguro por novo período, geralmente por meio da emissão de nova Apólice, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente, ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do Seguro, no interesse Segurado ou nas bases tarifárias do Seguro.

4.60 Riscos Excluídos: são potenciais eventos danosos preestabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, que estão excluídos de cobertura e que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização destes.

4.61 Segurados: são as pessoas físicas ou jurídicas, que contraíram obrigações perante o credor e que após a avaliação de risco pela Seguradora, tiveram o seu risco aceito.

4.62 Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

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

4.64 Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

4.65 Vigência do Seguro: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o seguro.

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

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

CLÁUSULA 5ª – FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

5.1 Este seguro poderá ser contratado por meio de apólice coletiva, destinada a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas, físicas ou jurídicas. A contratação de seguros por meio de apólice coletiva será realizada mediante Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e, se houver, pelo Subestipulante.

5.1.1 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais as coberturas que pretende contratar em favor dos Segurados, sendo a Básica obrigatória e as demais Adicionais/facultativas.

5.2 Contratação da apólice coletiva pelo Credor (Estipulante):

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

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

5.2.3 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.

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

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

5.2.4.2 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.

5.2.5 Em caso de mudança do quadro ou do percentual de participação societária após a adesão ao seguro, a alteração somente terá efeito após 6 (seis) meses de nomeação, eleição ou alteração no Contrato Social, Estatuto Social, Atas de Assembleia ou qualquer outro dispositivo legalmente válido para comprovação.

5.2.5.1 A alteração societária após a adesão mencionada acima será apurada no momento da liquidação do sinistro, não sendo necessária a sua comunicação durante a vigência do seguro.

5.2.5.2 Na adesão realizada por pessoa jurídica, o risco segurado será a vida das pessoas indicadas pelo Segurado, desta forma, haverá cobertura securitária quando constatada a ocorrência de um evento coberto, pelas coberturas contratadas, com uma das pessoas indicadas pelo Segurado.

5.3 Contratação da apólice coletiva pelo Devedor (Estipulante):

5.3.1 Para a modalidade de Seguro Prestamista Empresarial Integral, a pessoa jurídica devedora será a contratante da apólice coletiva e os respectivos sócios serão os Segurados.

5.3.2 O Devedor submeterá Proposta de Contratação à Seguradora para análise e aceitação de risco, a qual, dará origem a Apólice Coletiva e ao Contrato Coletivo.

5.3.3 Não haverá Proposta de Adesão, nem será realizada a indicação da composição societária do Estipulante no momento da contratação, uma vez que esta será apurada por ocasião da liquidação do sinistro.

CLÁUSULA 6ª- COBERTURAS

6.1 As coberturas passíveis de contratação para este Seguro são as abaixo mencionadas, sendo elas divididas em Básica e Adicionais, **sendo que o Seguro deverá ser contratado com apenas uma das coberturas básicas.**

I- Coberturas Básicas (Contratação Obrigatória):

6.2 Morte Natural ou Acidental (MNA): é a cobertura de morte que garante o pagamento de uma indenização que possibilite o Beneficiário a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e Capital Segurado contratado, definidos nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência do Seguro, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.

6.3 Morte Acidental (MA): garante o pagamento de uma indenização que possibilite o beneficiário a amortização ou quitação de dívida, assumido pelo Segurado junto ao Credor, limitado ao prazo e Capital Segurado contratado, definidos nas Condições Contratuais, em caso de falecimento do Segurado em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais. **Quando contratada,**

Susep nº 15414.628439/2019-25

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

Versão fevereiro/2023

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

II - Coberturas Adicionais: As coberturas adicionais só poderão ser contratadas em conjunto com uma das coberturas básicas.

6.4 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a cobertura que, uma vez contratada, garante o pagamento de uma indenização que possibilite o Beneficiário a amortização ou quitação da dívida contraída pelo Segurado junto ao Credor, em caso de Invalidez Total e Permanente do Segurado, ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro, **observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.**

6.4.1 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:

Tabela para Cálculo de Indenização para Invalidez Permanente Total por Acidente	
Discriminação da Invalidez Permanente Total	% Sobre o Capital Segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

6.4.2 Não haverá cobertura para sinistros em que fique caracterizado invalidez parcial, a qual acarrete apenas a redução das funções do membro ou órgão lesado, mas seu comprometimento total.

6.4.3 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 Total por Acidente (IPTA), seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

6.4.4 A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente será sempre limitada até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.

6.4.5 Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão, já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

6.4.6 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. No caso de falta de indicação exata do grau de redução funcional, a Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para

comprovação de invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado se recuse.

6.4.7 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/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.

6.4.8 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.

6.4.9 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.

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

6.4.10 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.

6.5 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) –é a cobertura, que desde contratada, tem por objetivo a antecipação do pagamento do Capital Segurado da cobertura de Morte Natural ou Acidental (MNA), destinado a amortizar ou custear a dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo segurado junto ao Estipulante em caso de invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Contratuais.

a) A contratação da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) está condicionada a contratação da Cobertura de Morte Natural ou Acidental (MNA).

b) 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 devidamente especificados no item 6.5c).

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

b.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de

“cardiopatia grave”;

b.2) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

b.3) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

b.4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

b.5) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

b.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

b.7) Deficiência visual decorrente de doenças: - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

b.8) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

b.9) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou – Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

b.10) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

b.11) Estados Mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; e
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

c) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, e atinjam a pontuação necessária.

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

d.1) 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.

d.2) A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativas, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

6.6 Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): é a cobertura, que desde contratada, tem como objetivo o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar ou custear a dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante, em caso de Invalidez Permanente e Total, para o exercício da sua atividade laborativa principal, limitado ao prazo e ao Capital Segurado contratado, também definidos nas Condições Contratuais do seguro.

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

b) 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.

6.7 Renda Temporária por Incapacidade (RTI): é a cobertura, que desde contratada, garante do pagamento de uma indenização ao Beneficiário, que possibilite amortizar ou custear parte da dívida contraída ou do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de ocorrência do evento afastamento por incapacidade do Segurado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, observado as condições a seguir:

a) 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.

b) Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possuam vínculo com o Estipulante, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no

contrato, na data da contratação do Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do Seguro.

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

6.8 Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA): é a cobertura, que desde contratada, garante o pagamento de uma indenização ao Beneficiário, que possibilite amortizar ou custear parte da dívida contraída ou compromisso financeiro, assumido pelo Segurado junto ao Estipulante, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de ocorrência do evento afastamento por incapacidade do Segurado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, em função da ocorrência de acidente pessoal coberto, observado as condições a seguir:

a) 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.

b) Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados e que possuam vínculo com o Estipulante, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do Seguro.

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

6.9 Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD): é a cobertura, que desde que haja contratação, garantirá o pagamento de uma indenização ao Estipulante, equivalente a determinado número de parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de ocorrência do evento desemprego involuntário do Segurado, durante a vigência do Seguro, observados as condições a seguir:

a) Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas e jurídicas que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do Seguro, e 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, com uma jornada de trabalho mínima de 30

(trinta) horas semanais na data do evento.

- b) Para os fins desta cobertura, entende-se como Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) a demissão sem justa causa do segurado por seu empregador, conforme regime da CLT. Ao receber a indenização da Seguradora, o Estipulante deverá utilizá-la para quitação/amortização do saldo devedor do crédito atrelado ao seguro.

CLÁUSULA 7ª - RISCOS EXCLUÍDOS – APLICÁVEIS A TODAS AS COBERTURAS

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

7.1.1 Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que incorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;

7.1.2 De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

7.1.3 De doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;

7.1.4 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;

7.1.5 De atos terroristas;

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

7.1.7 De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

7.1.8 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;

7.1.9 De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo;

7.1.10 De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;

7.1.11 Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e

7.1.12 De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

7.2 Além dos eventos mencionados anteriormente, estão também expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) do Seguro os eventos ocorridos em consequência:

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

7.3 Além dos riscos mencionados acima 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:

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

7.3.2 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;

7.3.3 os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

7.3.4 as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;

7.3.5 as doenças agravadas por traumatismos;

7.3.6 as doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas;

7.3.7 os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado; e

7.3.8 toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 6.5.c).

7.4 Além dos riscos excluídos mencionados nos subitens 7.1 e 7.2 estão também expressamente excluídos da cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) os eventos ocorridos em consequência:

7.4.1 De Estresse, incluindo “bournout”, e depressão;

7.4.2 De Doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

7.4.3 De Tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;"

7.4.4 De Cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

7.4.5 De cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;

7.4.6 De gravidez, parto e/ou aborto e suas consequências, desde que não decorrentes de acidente pessoal;

7.4.7 De Fibromialgias;

7.4.8 De Doença miofascial;

7.4.9 De Tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;

7.4.10 Tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);

7.4.11 De 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;

7.4.12 De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;

7.4.13 De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses.

7.4.14 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.

7.4.15 De tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

7.4.16 De tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

7.4.17 De tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;

7.4.18 De complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.

7.5 Além dos riscos mencionados nos subitens 7.1, 7.2, 7.3. e 7.4., estão também expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD): os eventos ocorridos em consequência:

7.5.1 De jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;

7.5.2 De renúncia ou perda voluntária do emprego;

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

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

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

7.5.6 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;

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

7.5.8 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;

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

7.5.10 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.

7.5.11 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;**

7.5.12 Também está excluído de cobertura qualquer ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando 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.

7.5.13 Além das exclusões previstas acima, para a cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD), estão excluídos os seguintes eventos:

- a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- b) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;**
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;**
- d) Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;**
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em Diário Oficial;**
- g) Falência;**
- h) Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;**

i) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;

j) Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;

K) Ato doloso praticado pelo Segurado, pelos beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro.

7.6 Os riscos excluídos previstos nos itens 7.1.4 e 7.1.9 não se aplicam aos 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 8ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

8.1 As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial, exceto para as coberturas de perda de renda que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território brasileiro.

CLÁUSULA 9ª - CARÊNCIA

9.1 O período de carência, se houver, será previsto na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

9.1.1 O prazo máximo de carência é de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos e não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo Certificado Individual.

9.2 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, ou sua recondução depois de suspenso.

9.3 A carência será aplicada em relação a parte aumentada do capital segurado efetuadas após o início da vigência individual.

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

9.5 Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto para o caso previsto no item 9.4. acima.

CLÁUSULA 10ª - FRANQUIA

10.1 Será aplicada franquia na cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) Perda de Renda por Desemprego Involuntário

Susep nº 15414.628439/2019-25

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

Versão fevereiro/2023

(PRD), sendo que o prazo/ou valores deverão ser estabelecidos na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

10.2 A franquia nas coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) nunca será superior a 15 (quinze) dias.

10.1. A franquia na cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) nunca será superior a 30 (trinta) dias

CLÁUSULA 11ª – ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1 A Apólice Coletiva deverá ser contratada mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado. A adesão à Apólice coletiva deverá ser realizada mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão pelo Proponente Segurado, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

11.2 O prazo máximo de aceitação ou recusa da Proposta, que será contado a partir da data do seu recebimento, será de:

a) 30 (trinta) dias para análise e manifestação acerca da Proposta de Contratação; e

b) 15 (quinze) dias para analisar e se manifestar acerca da Proposta de Adesão de cada Segurado.

11.3 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente documentação complementar que achar necessário. Nestes casos, o prazo de aceitação ou recusa da Proposta será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se efetivar a entrega de toda a documentação.

11.4 A não aceitação da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, acompanhada da justificativa da recusa.

11.4.1 Em caso de aceitação da Proposta de Contratação, esta será comunicada expressamente pela Seguradora ao Estipulante, hipótese em que a assinatura do Contrato Coletivo pelo Estipulante será considerada como confirmação da manutenção do seu interesse em contratar.

11.4.2 Em caso de aceitação da Proposta de Adesão, esta será comunicada expressamente pela Seguradora ao Segurado. Passado o prazo máximo de aceitação ou recusa da Proposta sem que ela tenha sido expressamente recusada, ficará caracterizada a sua aceitação tácita.

11.5 No caso da não aceitação da Proposta de Adesão por parte da Seguradora, será efetuada a devolução do prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa, devidamente atualizado conforme previsto na cláusula “Atualização de Valores”..

11.6 A emissão e disponibilização da Apólice ou do Certificado Individual dentro do prazo de aceitação ou recusa da Proposta poderá substituir a manifestação expressa de sua aceitação pela Seguradora.

11.7. Haverá cobertura provisória para sinistros ocorridos durante o prazo de aceitação ou recusa do risco, a partir do início de vigência declarado na proposta.

11.7.1. Havendo a recusa da Proposta, 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.

11.7.2 No caso de aceitação da proposta, o período de cobertura provisória será considerado como de efetiva vigência.

CLÁUSULA 12ª - INCLUSÃO NO SEGURO

12.1 Poderão ser incluídos no seguro todas as pessoas físicas ou jurídicas do grupo segurável, desde em perfeitas condições de saúde e que não estejam aposentados por invalidez ou afastados na data do início de vigência individual.

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

12.3 A inclusão no Segurado na Apólice se dará mediante Proposta de Adesão.

12.4 Nos casos em que haja mais de um Proponente responsável pelo pagamento da obrigação, se o pagamento da indenização referente a um ou mais Segurados não extinguir a obrigação, o seguro será mantido para os demais Segurados, relativamente à obrigação remanescente.

CLÁUSULA 13ª - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

13.1 A data do início e término de vigência das Apólices será aquela indicada na Proposta de Contratação, e a dos Certificados Individuais, a que for indicada na Proposta de Adesão.13.1.2 Os horários de início e término da vigência das Apólices, dos Certificados e Endossos se dará às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tais fins neles indicadas.

13.1.1 O Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos até a referida data, nos termos do Contrato de Seguro.

13.1.2 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, mediante prévia autorização do Estipulante.

13.2 A renovação automática da Apólice não será realizada nas seguintes hipóteses:

13.3 Caso o Estipulante comunique à Seguradora o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do final de vigência da Apólice.

13.4 Caso a Seguradora comunique ao Estipulante o 13.5 desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do final de vigência da Apólice.

13.5 No caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto se houver solicitação para aumento de capital segurado.

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

CLÁUSULA 14ª – REPACTUAÇÃO DO PRAZO ORIGINAL DO CONTRATO A QUAL O SEGURO ESTÁ ATRELADO

14.1 Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada.

14.1.1 Caso haja a redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução proporcional do prêmio correspondente ao período remanescente.

14.1.2 Caso haja a ampliação do prazo original, a Seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro. 14.2 No 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 proporcional do prêmio pago referente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 15ª - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

15.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes.

15.2 Caso a alteração na Apólice coletiva implique ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, a referida alteração dependerá da concordância expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, ratificada pelo correspondente endosso.

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

CLÁUSULA 16ª – CUSTEIO E PAGAMENTO DE PRÊMIO

16.1 O custeio do Seguro poderá ser:

- I - Contributário**, em que os segurados pagam o prêmio total;
- II - Parcialmente contributário**, em que os segurados pagam parte do prêmio e o Estipulante paga a outra parte.
- III - Não contributário**, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago integralmente pelo Estipulante.

16.2 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.**

16.3 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.

16.4 O prêmio poderá ser pago de forma única ou periódico na forma e no prazo conforme estabelecido nestas Condições Contratuais e no documento de cobrança emitido pela Seguradora.

16.4.1 Quando a data-limite coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil após a data limite em que houver expediente bancário.

16.4.2 Aos prêmios poderá ser acrescido o IOF – Imposto sobre Operações Financeiras, de acordo com a legislação em vigor pertinente a esse tributo.

16.4.3 As taxas do prêmio do seguro deverão considerar os Limites Máximos de Garantia.

16.5 Quando a forma de cobrança do prêmio for o 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 o pedido do Segurado por escrito.

16.6 A ausência do repasse à seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

16.7 O não pagamento na forma e no prazo previstos, implicará em:

16.7.1 A atualização de valores, conforme “Cláusula de Atualização de Valores”.

16.8 No caso de pagamento periódico:

16.8.1 suspensão imediata da cobertura, desobrigando a Seguradora do pagamento de qualquer indenização no caso de ocorrência de sinistro no período de inadimplência.

16.8.2 A cobertura da apólice/certificado poderá ser reabilitada no caso da retomada do pagamento do prêmio antes do prazo previsto para cancelamento por inadimplência. A reabilitação da cobertura será efetivada a partir de das 24 (vinte e quatro horas) da data em que for retomado o pagamento.

16.8.3 Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento do prêmio, o Seguro será cancelado pela Seguradora, mediante envio de notificação prévia ao Segurado/Estipulante.

16.9 No caso de pagamento único:

16.9.1 o prazo de vigência da cobertura será ajustado de forma proporcional ao prêmio efetivamente pago.

16.9.2 Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento do prêmio, o Seguro será cancelado pela Seguradora, mediante envio de notificação prévia ao Segurado/Estipulante.

CLÁUSULA 17ª - ATUALIZAÇÃO DO CAPITALS SEGURADOS, RENDAS MENSAS E PRÊMIOS

17.1 Os Capitais Segurados, Rendas Mensais e os prêmios serão atualizados a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

17.2 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

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

17.4 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

CLÁUSULA 18ª - RECÁLCULO DA(S) TAXAS(S) DO PRÊMIO

18.1 A Seguradora efetuará na data estabelecida no contrato de seguro a avaliação 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.

18.1.1 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, **desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o disposto na Cláusula que trata da Vigência e Renovação.**

CLÁUSULA 19 - CAPITAL SEGURADO

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

- I** - Na cobertura Morte Natural ou Acidental (MNA), a data do falecimento;
- II** - Na cobertura de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do acidente;
- III** - 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;
- IV** - 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;
- V** - Na cobertura 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;
- VI** - Na cobertura 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
- VII** - 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.

19.2 Esta Condição é estruturada na modalidade de Capital Fixo, ou seja, o capital segurado não varia ao longo da vigência do seguro, independentemente das variações que possam ocorrer no valor da obrigação assumida.

19.2.1 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.

19.2.2. Quando se tratar de Seguro Prestamista Empresarial Integral, capital segurado individual será apurado na data do evento, proporcionalmente à participação do segurado sinistrado na composição societária do estipulante em relação ao capital segurado integral. A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto será paga aos herdeiros legais na forma da lei.

19.2.2.1. Se na data do evento coberto ficar comprovado a redução na composição societária do Segurado em percentual igual ou superior a 25% (vinte e cinco por cento) em relação à composição existente no início da vigência do seguro, considerando o agravamento do risco a Seguradora deverá ser comunicada formalmente, e poderá, dentro do prazo de regulação de sinistro:

a) avaliar sobre a possibilidade de dar continuidade do seguro ou o seu cancelamento, dentro do que foi estipulado em contrato.

19.3 As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporados ao valor do capital segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.

CLÁUSULA 20ª - BENEFICIÁRIO(S)

20.1 O 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.

20.2 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 aos herdeiros legais na forma da lei.

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

CLÁUSULA 21ª - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

21.1 Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado deverá 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 de Direitos”, encaminhando todos os documentos básicos exigidos para cada tipo de cobertura.

21.1.1. 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.

21.2 O prazo máximo para a liquidação do Sinistro é de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos para cada cobertura.

21.3 No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar formal e expressamente ao Segurado documentos ou informações complementares, hipótese em que o prazo máximo para a liquidação do sinistro será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

21.3.1. Em caso de mora da Seguradora, aplicar-se-á o disposto na Cláusula “Atualização de Valores” dessas condições contratuais.

21.4 Considera-se como data do sinistro, para fins de determinar a indenização devida, a data do evento danoso ou a data em que se tornar aparente o dano coberto, a que ocorrer primeiro.

21.6. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

21.7. Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

21.8. A indenização será paga pela Seguradora diretamente ao Beneficiário, sob a expressa condição de que este faça a quitação ou amortização assumido pelo prazo contratado, previsto em contrato junto ao Credor.

21.9. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do Segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos 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.

CLÁUSULA 22ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES

22.1 O não pagamento da indenização pela Seguradora no prazo máximo previsto implicará na sua atualização monetária pelo índice INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, calculado a partir da data da ocorrência do

evento, bem como na aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.

22.2 O não pagamento do Prêmio na forma e no prazo previstos, implicará na aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) por mês ou fração de atraso, além de sua atualização monetária pelo índice INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, calculado a partir da data em que se tornar exigível e será cobrado na fatura do mês subsequente.

22.3 Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmios sujeitam-se a atualização monetária mediante a aplicação do índice INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

22.3.1. Considera-se a data de exigibilidade para fins de atualização de valores em decorrência de devolução de prêmio:

- a. no caso de recusa da proposta pela Seguradora, a partir da data de recebimento do prêmio;
- b. no caso de cancelamento do Seguro, a partir da data do recebimento da solicitação do cancelamento pela Seguradora. E no caso de o cancelamento ocorrer por iniciativa da Seguradora, a partir da data do efetivo cancelamento;
- c. no caso de recebimento indevido de prêmio, a partir da data de recebimento do prêmio.

22.4. No caso de extinção dos índices previstos acima, a Seguradora utilizará o IPCA/IBGE para atualização monetária dos valores ou qualquer outro índice que venha a substituí-lo.

CLÁUSULA 23ª - DOCUMENTOS BÁSICOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

23.1 Para liquidação de sinistro é necessário o envio, dos documentos básicos abaixo indicados de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

23.2 Para qualquer sinistro:

- I - Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, e devidamente preenchido em todos os seus campos.

23.2.1. Documentos do Segurado:

- I - Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- II - CPF do Segurado;
- III - Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social; e
- IV - Comprovante de residência do Segurado;

Susep nº 15414.628439/2019-25

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

Versão fevereiro/2023

- V -** Para os seguros contratados por pessoa jurídica:
- (i)** Cópia do Ato Constitutivo da respectiva empresa e todas as alterações devidamente registradas nos órgãos competentes; e
 - (ii)** Documentos pessoais dos sócios. (CPF, RG e comprovante de residência).

23.2.2 Documentos do(s) Beneficiário(s):

- I -** Comprovantes de endereço, CNPJ do Beneficiário Estipulante;
- II -** ;
- III -** Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, da dívida ou compromisso assumido com o Estipulante assinada, devidamente registrada e datada;
- IV -** Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Estipulante;

23.2.3 Não serão aceitos relatórios médicos elaborados por membro (s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de ser um médico habilitado.

23.3 Em caso de Morte Natural ou Acidental (MNA):

- I -** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- II -** Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- III -** Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- IV -** Radiografias do Segurado (quando houver);
- V -** Guia de internação hospitalar (quando houver); e
- VI -** Declaração médica indicando causa mortis, com firma reconhecida.
- VII -** Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos de acidente automobilístico em que o Segurado era o condutor do veículo;
- VIII -** Nos casos de morte por acidente, cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- IX -** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- X -** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- XI -** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); e
- XII -** Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

23.3.1 Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

23.4. Em caso de sinistro de morte decorrente de causa acidental, desde que contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 16 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Radiografias do Segurado (quando houver); d) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- e) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo;
- f) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso; i) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); e
- j) Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

23.4.1 Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice

23.5 Em caso de sinistro por invalidez por acidente:

- I -** Comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- II -** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- III -** Exame de corpo de delito, quando indicado; e
- IV -** Laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual;

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

23.6 Em caso de sinistro de invalidez funcional permanente e total por doença:

I - Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data exata do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;

II - Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;

III - Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida; e

IV - A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

23.7 É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

23.7.1 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.

23.7.2 A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

23.7.3 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

23.7.4 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 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o Cotidiano	<p>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.</p>	00
	<p>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 INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>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.</p>	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições Clínicas e Estruturais do Segurado	<p>1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>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</p>	10

	TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Conectividade do Segurado com a Vida	<p>1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR OROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>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).</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS</p>	20

<p>À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>

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

23.9.7.6. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

23.9.7.7. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

23.9.7.8. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao próprio Segurado.

23.9.7.9. Com o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, esta cobertura será extinta imediata e automaticamente. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

23.7.5 O pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – antecipação de morte, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, sendo que seu

pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura de Morte, assim como o presente Seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

23.7.6 Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

24. Em caso de sinistro por Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD):

- I - Laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença;
- II - Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante; e
- III - Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.

25. Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD):

- I - Cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;
- II - Para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquias, estabelecido no contrato, da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquias; e
- III - Cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

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

25.1.2 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 considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

25.1.3 A Seguradora devolverá qualquer prêmio que o Segurado tiver pago em duplicidade.

CLÁUSULA 24ª – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

24.1 Constituem obrigações do Segurado, sem prejuízo de outras obrigações previstas ao longo das Condições Contratuais:

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

24.2.2. 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.

24.2.2.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada, cobrando a diferença de prêmio cabível.

24.2.2.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída à diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

24.2.2.3. Na hipótese de continuidade do seguro, a Seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

24.2.2.4. Cumprir com as disposições previstas nas Condições Contratuais.

24.2.2.5. Agir com boa-fé.

24.2.2.6. Fornecer à Seguradora dados e informações corretas e precisas para a adequada análise do risco.

CLÁUSULA 25ª - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

25.1. Além dos casos previstos em lei ou nas Condições Contratuais, haverá a perda do direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido nas seguintes hipóteses:

a. Quando o Segurado agravar intencionalmente o risco.

b. Quando o Segurado, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

b1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora deverá:

I - na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

II - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

- c. Quando estiverem decorridos os prazos prescricionais estabelecidos no Código Civil Brasileiro.
- d. Quando o Estipulante ou o Segurado praticarem ato prejudicial ao direito de sub-rogação da Seguradora, de conformidade com a Cláusula de Sub-rogação de Direitos.
- e. Se constatada fraude, ou tentativa de fraude por parte do Segurado, seus beneficiários, representantes ou prepostos, simulando um sinistro ou agravando as suas consequências para obter indenização.
- g. Quando o Segurado deixar de observar qualquer das obrigações previstas na Cláusula “Obrigações do Segurado” ou praticar quaisquer das vedações previstas nas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 26ª - RESCISÃO

26.1. O contrato de seguro poderá ser rescindido:

26.1.1. Mediante o cancelamento da apólice coletiva com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado e conseqüente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva nos seguintes casos:

- a) por acordo entre Seguradora e Estipulante;**

Susep nº 15414.628439/2019-25

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

Versão fevereiro/2023

b) por iniciativa da Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias;

26.1.2. Mediante iniciativa do Segurado;

26.2. No caso de rescisão do seguro, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido a parte proporcional ao tempo decorrido.

28.3. 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 27ª - CANCELAMENTO DO SEGURO

27.1 O seguro poderá ser cancelado nas seguintes hipóteses:

27.1.1. Nas hipóteses previstas no item 23.1;

27.1.2. Em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, mediante envio de notificação prévia ao Segurado/Estipulante.

27.1.2.1 Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

27.1.2.2. Na hipótese de seguro contributário em que a cobrança é realizada pelo Estipulante, a Seguradora notificará o Estipulante, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro, bem como quanto da obrigatoriedade do Estipulante em notificar o Segurado quanto ao pagamento ou seu possível cancelamento.

27.1.2.3. Nos seguros não contributários, a Seguradora notificará o Estipulante, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

27.1.3. Quando configurada a perda do direito à indenização, exceto se previsto de forma diversa nas Condições Contratuais.

27.1.4. Em relação a cada Segurado individual, quando for pago o valor integral do capital segurado das coberturas de morte.

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

CLÁUSULA 28ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

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

I- com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

II - 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 29ª- REGIME FINANCEIRO

29.1. Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples.