

CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem como objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos no certificado individual e sob as presentes Condições Gerais e Especiais, o pagamento do capital segurado ao estipulante ou ao titular do crédito do qual o Segurado é o devedor, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas durante o período de vigência da apólice.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

ACIDENTE PESSOAL

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a Invalidez Permanente Total ou parcial do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico, incluindo-se nesse conceito:

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

2.1. Não se incluem nesse conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, Perda Auditiva Introduzida por Ruído - PAIR, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**

- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez permanente por acidente pessoal, como definido no inciso acima.**

2.2. Para eventos de acidentes pessoais não haverá carência.

APÓLICE

Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.

AVISO DE SINISTRO

Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

BENEFICIÁRIO

É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro.

BOA FÉ

No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.

CAPITAL SEGURADO

Pagamento a ser efetuado ao assistido ou beneficiário, sob a forma de pagamento único ou de renda.

CARÊNCIA

Período durante o qual, em caso de sinistro, a seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o segurado.

CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento que comprova a inclusão do segurado na apólice coletiva.

CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONTRATO DE SEGURO

Contrato que estabelece para uma das partes, mediante pagamento (prêmio) pela outra parte, a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um sinistro. É constituído de dois documentos principais, a saber, a proposta e a apólice. Na proposta, o candidato ao seguro fornece as informações necessárias para a avaliação

do risco, e, caso a Seguradora opte pela aceitação do mesmo, é emitida a apólice, formalizando o contrato.

CORRETOR DE SEGUROS

Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

DOENÇA

É qualquer alteração no estado de saúde do Segurado que cause mal, moléstia ou enfermidade, devidamente diagnosticada por um médico assistente.

DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data da contratação do seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro.

EMOLUMENTOS

É o conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondentes às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.

ENDOSSO

Documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

ESTIPULANTE

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificada como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

EVENTO COBERTO

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento durante a vigência da apólice, passível de indenização pelo seguro, nos termos das coberturas contratadas, condições gerais e especiais.

FRANQUIA

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

GRUPO SEGURADO

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

GRUPO SEGURÁVEL

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

INDENIZAÇÃO

Valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente licenciado e habilitado para a prática da medicina.

Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.

PRÊMIO DO SEGURO

Importância paga pelo Segurado ou estipulante/proponente à Seguradora para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto.

PROPONENTE

Pessoa, física ou jurídica, que pretende fazer o seguro, preenchendo e assinando uma proposta.

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.

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.

REGULAÇÃO DE SINISTRO

Conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

REINTEGRAÇÃO

Recomposição do Limite Máximo de Garantia da apólice e/ou do Limite Máximo de Indenização relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após ter sido efetuado o pagamento de alguma indenização ao segurado.

RISCOS EXCLUÍDOS

Todo evento danoso em potencial, não elencado entre os riscos cobertos na apólice de seguro é, implicitamente, um risco excluído.

SEGURADO

Pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiro.

SEGURADORA

Empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

SINISTRO

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

VIGÊNCIA

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro.

CLÁUSULA 3ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. As garantias deste seguro tem cobertura para todos os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

3.2. O âmbito geográfico das coberturas Desemprego Involuntário (DES) e Incapacidade Física Total Temporária (ITT) estão restritas exclusivamente aos eventos ocorridos no Brasil.

CLÁUSULA 4ª - GARANTIAS DO SEGURO

4.1. As garantias oferecidas por este seguro dividem-se em básica, adicionais e suplementares.

4.2. O seguro só poderá ser efetivado se houver a contratação de pelo menos uma das garantias básicas.

4.3. Garantias Básicas:

4.3.1. Morte por Qualquer Causa (MQC)

4.3.2. Morte Acidental (MA)

4.4. Garantias Adicionais:

4.4.1. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

4.4.2. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

4.5. Garantias Suplementares:

4.5.1. Auxílio Funeral

4.5.2. Desemprego Involuntário (DES)

4.5.3. Incapacidade Física Total Temporária (ITT)

CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos conceituados nas definições, estão expressamente excluídos da cobertura do seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) 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;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De doenças, acidentes ou lesões pré-existentes à contratação do seguro que eram do conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;
- d) De tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- f) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.
- g) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos também os acidentes ocorridos em consequência de atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores e pelos respectivos representantes; e
- h) De epidemias e pandemias, declaradas por órgãos competentes.

5.2. Além dos riscos excluídos no subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro:

- a) O suicídio ou a tentativa de suicídio, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial individual do contrato ou da sua recondução depois de suspenso;
- b) Lesão intencionalmente auto infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, ressalvada a cobertura do suicídio ou sua tentativa após os 2 (dois) anos da vigência inicial do contrato.

CLÁUSULA 6ª - GRUPO SEGURADO

6.1. O Grupo Segurado compreenderá sempre um contingente mínimo dos Componentes do Grupo Segurável, de acordo com o seguinte critério:

6.1.1 Quando o seguro for pago unicamente pelo Estipulante, denominado “Não Contributário”, deverá participar da apólice a totalidade das pessoas seguráveis.

6.1.1.1. Não serão consideradas como pertencentes ao Grupo Segurado, as pessoas impedidas de serem seguradas e as que comprovadamente não desejarem participar do seguro.

6.1.2. Quando o seguro for pago parcial ou totalmente pelos componentes, denominado “Contributário”, os índices de adesão para aceitação e manutenção, deverá ser estabelecido para cada Grupo de Seguráveis.

6.1.2.1. Nos seguros “Contributários” em que o Grupo Segurável for suscetível de divisão em subgrupos expressamente determinados, e cuja definição conste da apólice, é permitida a realização do seguro para cada subgrupo, desde que, em cada um deles, seja observado o número mínimo de Segurados, o respectivo índice mínimo de adesão e demais condições de aceitação. A realização do seguro nestas condições constará da apólice e o início de cada subgrupo constituirá um Aditivo à mesma.

CLÁUSULA 7ª - ACEITAÇÃO E RENOVAÇÃO

7.1. A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento por parte da Seguradora da proposta de adesão assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.

7.2. Para que esta Seguradora possa se manifestar sobre a aceitação de cada proponente, é necessário:

- a) O preenchimento e a devida assinatura da respectiva proposta de adesão;
- b) A comprovação da existência de vínculo com o Estipulante; e
- c) Ter idade dentro dos limites estabelecidos para aceitação do grupo segurável constantes na apólice de seguro.

7.2.1. Os portadores de deficiência deverão ressaltar, nas respectivas propostas de adesão, o grau de invalidez pré-existente, para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.

7.3. Para inclusão dos proponentes na apólice de seguro, poderá a Seguradora abrir mão, no todo ou em parte, de prova de saúde através do preenchimento da proposta de adesão, conforme acordo celebrado entre as partes contratantes.

7.3.1. As propostas de adesão serão avaliadas e a Seguradora se reserva o Direito de não aprovar a inclusão dos proponentes cujas declarações ou exames médicos eventualmente realizados não satisfizerem os parâmetros desejáveis de seleção da Seguradora.

7.4. As propostas de adesão estarão sujeitas ao prazo de 15 (quinze) dias contados da data do seu recebimento para o acolhimento ou a recusa do risco proposto a esta Seguradora.

7.4.1. A Seguradora deverá proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta de contratação, justificando a recusa.

7.4.2. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora no prazo previsto, caracterizará a aceitação automática da proposta.

7.5. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 7.4. ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação requerida.

7.5.1. A solicitação de documentos complementares pela Seguradora só poderá ocorrer uma única vez, durante este prazo.

7.6. No caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, esse valor é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro-rata-temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do seguro que corresponde o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.7. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução dos seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de, pelo menos, três quartos do grupo segurado.

7.8. A renovação deste seguro não será automática. Portanto, caso haja intenção de renovar o seguro, é necessária a apresentação de nova proposta de contratação, que poderá ser assinada pelo Estipulante do seguro, desde que não haja alteração com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou redução dos seus direitos.

7.9. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, o Estipulante será comunicado formalmente no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

CLÁUSULA 8ª - VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

8.1 A apólice de seguro vigora pelo prazo definido na Especificação da Apólice, a partir das 24 horas da data de início de vigência, a qual será definida de acordo com uma das situações constantes no item 8.2, e somente poderá ser cancelada total ou parcialmente, excetuados os casos previstos em lei, por acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, observadas as seguintes condições:

- a) Na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto constante do subitem 13.11, da Cláusula 13ª – Pagamento do Prêmio. Para prazos não previstos na tabela de prazo curto citada nesta alínea, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.
- b) Na hipótese de rescisão por proposta da Seguradora, esta reterá, do prêmio recebido, a parte proporcional ao tempo decorrido.

8.2 - Para fins desse contrato, considera-se início de vigência da apólice a data para tal fim nela indicada e deverá observar:

- a) Nos casos de propostas recebidas sem pagamento antecipado de prêmio: a data da aceitação da proposta pela Seguradora ou a data expressamente acordada entre as partes;
- b) Nos casos de propostas recebidas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio: a data da recepção da proposta pela Seguradora.

8.3. As apólices de seguro não poderão ser cancelados durante a vigência pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

CLÁUSULA 9ª - VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. A partir da análise e aceitação da Seguradora, a cobertura individual só se efetiva se na data prevista para seu início o Componente integrar o Grupo Segurável, observado o disposto no subitem 8.2 da Cláusula 8ª – Vigência e Cancelamento.

9.2. Considera-se como data de início da cobertura individual de cada Segurado:

- a) Participantes Iniciais (proposta aprovada pela seguradora na mesma data da aceitação do seguro): A data do início de vigência da apólice; e
- b) Inclusão de Participantes: A data de vencimento para pagamento do prêmio imediatamente subsequente à data de aceitação, pela Seguradora, das respectivas propostas.

9.3. As datas de início e de término de vigência de cada cobertura individual constarão obrigatoriamente nos respectivos certificados individuais.

9.3.1 O final de vigência especificado no certificado individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da respectiva apólice coletiva.

CLÁUSULA 10ª - CAPITAL SEGURADO

10.1. O capital segurado de cada garantia contratada será expresso em moeda corrente nacional e será pago sob a forma de pagamento único.

10.2. Na contratação do seguro, poderá ser definida uma das duas formas a seguir de determinação de capital segurado para todo o grupo segurado:

10.2.1. Capital segurado constante durante a vigência do seguro, limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso; ou

10.2.2. Capital segurado variável de forma a se equiparar, durante toda a vigência do seguro, ao valor da dívida ou do compromisso.

10.3. O capital segurado poderá sofrer alterações durante a vigência da apólice desde que observado o disposto no subitem 10.2.2. acima ou, para qualquer outra situação, o procedimento estabelecido no subitem 7.4 da Cláusula 7ª - Aceitação e Renovação.

CLÁUSULA 11ª – RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. No caso de contratação prevista no subitem 10.2.2. da cláusula anterior, mensalmente, de acordo com relação enviada pelo Estipulante do seguro, ocorrendo alteração do valor da dívida ou do compromisso, os capitais segurados serão atualizados pela variação verificada entre o valor imediatamente anterior e o valor constante da nova relação.

11.2. Os prêmios acompanharão o ajuste de forma a garantir a variação integral dos correspondentes capitais segurados, nos termos do subitem anterior.

CLÁUSULA 12ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES

12.1. A Seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

12.2. Para efeito de atualização monetária, a Seguradora corrigirá os valores devidos pela variação do INPC-IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) a partir da data em que se tornarem exigíveis e até a data do efetivo pagamento.

No caso de extinção do INPC-IBGE, a Seguradora passará a utilizar o IPC/FGV (Índice Geral de Preços ao Consumidor /Fundação Getúlio Vargas).

12.3. Os valores devolvidos como previsto no subitem anterior serão, ainda, acrescidos dos juros moratórios contados a partir da data em que se tornarem exigíveis, equivalentes à taxa vigente para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

12.4. Para efeito do disposto nesta cláusula, consideram-se as seguintes datas de exigibilidade:

- a) Para devolução de prêmio por recusa do risco ou por recebimento indevido do prêmio: a partir da data do recebimento do prêmio pela Seguradora;
- b) Para devolução do prêmio por cancelamento do seguro por iniciativa do Segurado: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento;
- c) Para devolução do prêmio por cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora: a partir da data do efetivo cancelamento; e
- d) Para pagamento da indenização: data do evento como definido no subitem 10.3. da Cláusula 10ª - Capital Segurado.

CLÁUSULA 13ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1. Fica acordado que se ocorrer sinistro cuja cobertura esteja amparada pelo presente seguro, dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

13.2. Nos seguros parcelados, as prestações vincendas serão descontadas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento (juros), nos casos em que o sinistro acarretar indenização integral.

13.3. Para fins deste Seguro, a forma de custeio disponível será conforme descrito abaixo:

Não contributivo: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;

Contributivo: aquele em que os Segurados pagam o Prêmio.

13.4. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual (a vista), de acordo com o estabelecido no Contrato.

13.4.1. O pagamento de prêmio mensal, bimestral, trimestral ou semestral não caracteriza fracionamento de prêmio.

13.5. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º dia de emissão da apólice, da fatura ou conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resultem aumento do prêmio.

13.6. Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

13.7. Na possibilidade de o Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, haverá redução proporcional dos juros pactuados.

13.8. O não pagamento do prêmio à vista, nos seguros com pagamento único, ou o não pagamento da primeira parcela, nos casos de seguros com prêmio fracionado, na data indicada no respectivo documento de compra de Seguro, implicará no cancelamento automático da apólice ou do aditivo, desde o seu início de vigência, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

13.9. No caso de cobrança do prêmio através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo por cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento se ocorrer a perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

13.10. Na cobrança de prêmio mediante carnê, a Seguradora tomará as providências necessárias para que o Segurado receba o carnê de pagamentos até 30 (trinta) dias úteis antes da data de vencimento da primeira parcela do prêmio.

13.11. Nos seguros com prêmio fracionado, quando ocorrer o não pagamento da parcela subsequente à primeira e/ou de outras parcelas posteriores àquela ora indicada, a

vigência será ajustada, considerando-se a relação entre o prêmio efetivamente pago e o valor do prêmio total anualizado devido na apólice ou no aditivo, de acordo com a seguinte tabela :

Relação entre Valor Pago e Valor devido (%)	Função aplicada sobre Vigência original	Relação entre Valor Pago e Valor devido (%)	Função aplicada sobre Vigência original
13	15	73	195
20	30	75	210
27	45	78	225
30	60	80	240
37	75	83	255
40	90	85	270
46	105	88	285
50	120	90	300
56	135	93	315
60	150	95	330
66	165	98	345
70	180	100	365

13.
12.
Se,
da
co
mp

aração do valor pago com o valor total anualizado devido na apólice ou aditivo, resultar percentual não previsto nesta tabela, o número de dias do prazo de vigência ajustado será o que corresponder ao percentual imediatamente superior.

13.13. Do carnê de pagamento de prêmios, a Seguradora fará constar a comunicação dos possíveis ajustamentos dos prazos de vigência do contrato, conforme estabelecido nos parágrafos anteriores.

13.14. O Segurado poderá restabelecer os efeitos da apólice ou aditivo pelo período inicialmente contratado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, dentro do prazo estabelecido no parágrafo anterior.

13.15. Ao término do prazo estabelecido na Tabela acima sem que haja o restabelecimento facultado pelo parágrafo anterior, a apólice ou aditivo ficarão cancelados.

13.16. É vedado ao estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio de seguro, qualquer valor excedente ao fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

13.17. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

13.18. O disposto nos subitens 13.2, 13.7, 13.11 a 13.15, não se aplica aos seguros com periodicidade de pagamento mensal, bimestral, trimestral ou semestral.

13.19 Para a situação constante no item 13.14, bem como nos seguros com periodicidade mensal, bimestral, trimestral e semestral, em caso de atraso no pagamento incidirão encargos, sendo multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da fatura em atraso e juros de 1% (um por cento) ao mês.

CLÁUSULA 14ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA

14.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa nas seguintes situações:

- a) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- b) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte.

CLÁUSULA 15ª - RESCISÃO E ALTERAÇÕES DA COBERTURA

15.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

15.1.1. As alterações promovidas no contrato durante a sua vigência e que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou que reduzam seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

15.2. Além dos casos previstos nas demais cláusulas destas Condições, a cobertura de cada Segurado será rescindida integralmente por Morte do mesmo ou pelo recebimento do capital segurado da Garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença ou da Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente.

CLÁUSULA 16ª - BENEFICIÁRIOS

16.1. O primeiro beneficiário deste seguro é o Estipulante ou o titular do crédito, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso.

16.1.1. Caso a indenização seja paga ao titular do crédito, será exigida, no momento do pagamento, a apresentação de instrumento legal que comprove a cessão do crédito.

16.2. Se houver diferença que ultrapasse o saldo da dívida ou do compromisso, a mesma será paga observando-se a seguinte ordem:

- a) O próprio Segurado, nos casos de Invalidez Permanente Total; e
- b) A pessoa indicada pelo Segurado para exercer essa condição, no caso de Morte.

16.3. O Segurado poderá substituir seus beneficiários, a qualquer tempo, desde que o faça por declaração escrita à Seguradora.

16.4. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária do seguro se ficar comprovado o legítimo interesse de a mesma figurar nessa condição.

16.5. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

16.6. No caso beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto no Artigo 1690 do Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA 17ª - INCLUSÃO DE COMPONENTES

17.1. A inclusão dos Componentes Seguráveis é feita mediante preenchimento e assinatura, pelos proponentes, da proposta de adesão com cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

17.2. Cada Segurado receberá o respectivo Certificado Individual emitido pela Seguradora no início da cobertura individual e em cada uma das renovações, do qual constará os seguintes elementos mínimos:

- a) Data de início e de término de vigência da cobertura individual do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes;
- b) Capital Segurado de cada cobertura relativa ao Segurado Principal e aos Segurados Dependentes; e
- c) Prêmio Total Individual.

CLÁUSULA 18ª - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO E PERDA DE DIREITOS

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

18.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

18.2.2. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer e corrigida na forma do que dispõe a Cláusula 12ª - Atualização Monetária das Obrigações.

18.3. Se o Segurado, seu representante ou seu corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

18.3.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá adotar os seguintes procedimentos:

18.3.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

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

- a) Cancelar o seguro, após pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade, cobrando a diferença de prêmio cabível deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

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

CLÁUSULA 19ª - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

19.1. Constituem obrigações do Estipulante:

- a) Dispor de serviços de contabilização que permita o controle mensal dos saldos devedores dos prestamistas, individualmente e coletivamente;**
- b) Disponibilizar para a Seguradora seus registros contábeis de prestamistas, para verificações necessárias;**
- c) Fornecer à Seguradora todas as informações solicitadas para fins de análise e aceitação do risco, inclusive os dados cadastrais;**
- d) Nas alterações da apólice que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou reduzam os seus direitos, ocorridas durante a sua vigência ou no momento da sua renovação, providenciar a prévia comunicação aos Segurados.**
- e) Manter a Seguradora informada sobre possíveis alterações ocorridas nas informações originais;**
- f) Sempre que solicitado, prestar informações aos segurados relativas ao contrato do seguro;**
- g) Incluir, nos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados, as seguintes informações: o valor do prêmio do seguro, a razão social da Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios e a notícia de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento da cobertura do seguro;**

- h) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, uma vez que o não atendimento acarretará o cancelamento da cobertura e sujeitará o Estipulante às cominações legais;**
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação dos sinistros;**
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado; e**
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.**

CLÁUSULA 20ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

20.1. Ocorrendo um sinistro coberto por este seguro, o mesmo deve ser comunicado imediatamente à Seguradora pelo Segurado, seu representante legal ou pelos beneficiários do seguro, por meio do formulário AVISO DE SINISTRO ou por carta registrada ou telegrama, esclarecendo todas as circunstâncias a ele relacionadas.

20.2. Da comunicação deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

20.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.

20.4. O Segurado ou beneficiário, para recebimento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

20.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

20.6. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

20.7. Quando for o caso, o ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

20.8. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do capital segurado, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos na Cláusula 21ª - Documentos Mínimos Necessários à Liquidação do Sinistro.

20.9. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, o prazo de que trata o subitem anterior será suspenso e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

20.10. O não pagamento do capital segurado no prazo previsto nos subitens 21.8 e 21.9 serão corrigidos de acordo com o que dispõe a Cláusula 12ª - Atualização Monetária das Obrigações.

20.11. Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

20.12. A Indenização será paga em forma de parcela única para as coberturas de Morte Qualquer Causa, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença Auxílio Funeral e para as coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária a indenização será paga em forma de renda.

CLÁUSULA 21ª - DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

21.1. Os documentos a seguir relacionados são imprescindíveis para o procedimento da regulação do sinistro. Assim, conforme a natureza do evento, o Aviso de Sinistro encaminhado à Seguradora, deverá ser acompanhado dos seguintes documentos, originais ou cópias autenticadas:

21.1.1. Nos casos de Morte Natural:

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e pelo Médico Assistente;
- Contrato firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- Ficha de Controle de Pagamento;
- Rescisão Contratual;
- Certidão de Óbito;
- Cédula de Identidade e CPF do sinistrado.

21.1.2. Nos casos de Morte Acidental

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e pelo Médico Assistente;
- Contrato firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- Ficha de Controle de Pagamento;
- Rescisão Contratual;
- Certidão de Óbito;
- Certidão do Boletim de Ocorrência emitido pela autoridade policial;
- Laudo de Necropsia ;
- Cédula de Identidade e CPF do sinistrado.

Observação: Poderão ser necessários, ainda, os seguintes documentos:

- Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do condutor do veículo;
- Laudo de Exame Toxicológico e/ou Teor Alcoólico do condutor do veículo;
- Certidão/Laudo expedida pelo Instituto de Polícia Técnica ou Instituto de Criminalística;

- Comunicação ao INSS, quando se tratar de acidente de trabalho.

21.1.3. Nos casos de Invalidez Permanente Total por Acidente

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;
- Contrato firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- Ficha de Controle de Pagamento;
- Cédula de Identidade e CPF do sinistrado.

Observação: Poderão ser necessários, ainda, os seguintes documentos:

- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), do condutor do veículo;
- Laudo de Exame Toxicológico e/ou Teor Alcoólico, do condutor do veículo;
- Certidão/Laudo expedida pelo Instituto de Polícia Técnica ou Instituto de Criminalística;
- Comunicação ao INSS, quando se tratar de acidente de trabalho.

Nota 1 : A Invalidez só se caracteriza com a conclusão de todo e qualquer tratamento visando a recuperação do segurado.

Nota 2 : Tratando-se de incapacidade que resulte na impossibilidade do segurado receber indenização e dar quitação ao pagamento, deverá ser apresentada a Certidão de Interdição Judicial e a respectiva nomeação do "Curador".

21.1.4. Nos casos de Invalidez Permanente Funcional Total por Doença

- Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;
- Contrato firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- Ficha de Controle de Pagamentos;
- Comprovante de concessão de aposentadoria e o carnê expedido pelo INSS;
- RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;
- Cédula de Identidade e CPF do sinistrado.

Nota: Tratando-se de doença mental, deverá ser apresentada a Certidão de Interdição Judicial e a respectiva nomeação do "Curador".

21.2. Comprovação de Beneficiários:

21.2.1. Para os Pais

- Certidão de Nascimento do Segurado;
- Certidão de Casamento dos Pais;
- Cédulas de Identidade dos Pais;
- CPF - Cartão de Identificação do Contribuinte.

21.2.2. Para o Cônjuge

- Certidão de Casamento (recentemente extraída em Cartório);
- Cédula de Identidade;
- CPF - Cartão de Identificação do Contribuinte.

21.2.3. Para os Companheiros

- Carta de Concessão de Pensão do INSS ou Registro de Dependência na CTPS (Carteira de Trabalho)
- Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento de ambos (Segurado e Beneficiário) com averbação de separação judicial.
- Cédula de Identidade;
- CPF - Cartão de Identificação do Contribuinte

21.2.4. Para os Filhos

- Certidão de Nascimento (filhos menores de 16 anos)
- Cédula de Identidade e CPF (filhos maiores de 16 anos)

Observação: de acordo com as particularidades de cada processo, para filhos menores de 16 anos, devendo a Seguradora verificar a regularidade da representação para efetuar o pagamento.

Filhos maiores de 16 e menores de 21 anos deverão ser assistidos pelo responsável direto ou por representante legal e, neste caso, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

Cédula de Identidade e CPF (Cartão de Identificação do Contribuinte) do representante legal, quando este for pessoa diferente de pai ou mãe sobrevivente, acompanhado do respectivo documento judicial conferindo o status de Tutor ou Curador dos menores.

IMPORTANTE

A Seguradora reserva o direito de solicitar outros documentos quando necessários a análise.

Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

CLÁUSULA 22ª – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

22.1. Nos seguros cuja periodicidade de pagamento do prêmio se dê sob a forma mensal, bimestral, trimestral e semestral o não pagamento do prêmio nos prazos estipulados nas condições contratuais acarretará na imediata suspensão da cobertura deste seguro, não se responsabilizando esta Seguradora por qualquer sinistro ocorrido durante o período de inadimplência.

22.2. O prazo máximo de suspensão da cobertura do seguro é de 90 (noventa) dias.

22.2.1. Decorrido esse prazo sem que o Segurado retome o pagamento do prêmio para o período a decorrer, o respectivo Certificado de Segurado ficará cancelado.

22.3. O seguro poderá ser reabilitado, antes do prazo previsto no item 22.2, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Estipulante retomar o pagamento do prêmio.

22.3.1. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

CLÁUSULA 23ª. REINTEGRAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no subitem 15.2. da Cláusula 15ª - Rescisão e Alterações da Cobertura

CLÁUSULA 24ª. FORO

24.1. As questões judiciais, entre Segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme e caso.

CLÁUSULA 25ª - INFORMAÇÕES GERAIS

25.1. A aceitação deste seguro está sujeita à análise do risco.

25.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

25.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

25.4. Serão consideradas, em cada caso, somente as condições correspondentes às garantias contratadas, desprezando-se quaisquer outras.

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

25.6. As peças promocionais e de propaganda do produto só poderão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão desta Seguradora.

25.7 A Seguros Sura dispõe de um Canal de Ouvidoria que poderá ser de acesso pelo Telefone: 0800 704 7099 (de segunda à sexta-feira das 8:30 às 17:00) ou Email: ouvidoria@segurossura.com.br

25.8 SAC Seguros Sura: 0800 7740 772

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

1. OBJETO DA COBERTURA:

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s) caso o segurado venha a falecer, por qualquer causa natural ou acidental, durante a vigência deste contrato.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 2.1. da Cláusula 2ª - Definições e na Cláusula 5ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS:

3.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

- a) inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações pagas por esta Garantia e pela Garantia Adicional de Invalidez Permanente não se acumulam.

4.2. Se, em consequência de um mesmo evento, o beneficiário da Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente vier a falecer, a importância já paga pela invalidez será deduzida da indenização devida por sua morte.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Básica.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETO DA COBERTURA:

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s) caso o segurado venha a falecer em decorrência de acidente pessoal coberto, durante a vigência deste contrato.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 2.1. da Cláusula 2ª - Definições e na Cláusula 5ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

3.1. As indenizações pagas por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alteradas pelas cláusulas da presente Cobertura Básicas.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. A presente cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), relativa a perda, ou impotência funcional total definitiva de um membro ou órgão por lesão física, causada por um Acidente Pessoal coberto.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
T O T A L	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

1.2.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao passageiro, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.2.1.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

1.2.2. Ainda que do mesmo acidente resulte invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total será de 100% (cem por cento).

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

2.1. Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados no subitem 2.1. da Cláusula 2ª - Definições e na Cláusula 5ª - Riscos Excluídos, das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

3.1.1. Depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

4. CONCESSÃO DA COBERTURA

4.1. Esta Cobertura Adicional só poderá se concedida para a totalidade do Grupo Segurado, e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

5. SEGURO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

5.1. O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente na proposta de adesão.

6. RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETO DA COBERTURA

1.1. A presente cobertura garante o pagamento ao(s) beneficiário(s), antecipado do capital segurado contratado para a garantia de Morte, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, conseqüente de doença que cause a perda da sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 3 – Riscos Cobertos, desta cláusula.

2. COBERTURA

2.1. Para todos os fins e efeitos desta Cláusula, a perda da existência independente do Segurado será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos indicados no item 6 - Liquidação do Sinistros desta Cláusula e na Cláusula 21ª - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. 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:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4. DEMAIS RISCOS COBERTOS

4.1. Outros quadros clínicos incapacitantes não mencionados no item anterior poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.2. O IAIF é composto por dois documentos:

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

4.2.1.1. 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.

4.2.1.2. Para a classificação no 2º e no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

4.2.1.3. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados.

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

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula Riscos Excluídos, das Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício

das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo relacionados:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) Exclusivamente para trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais / profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar à atividade profissional;**
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

6. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

6.1. No Relatório Médico mencionado no subitem 21.1.4. da Cláusula 21^a - Documentos Mínimos Necessários em Caso de Sinistro, das Condições Gerais, além de constar as informações e os registros que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3 – Riscos Cobertos, desta Cláusula, deverá:

- a) Indicar o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- b) Detalhar o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

6.2. Deverão ser anexados, ainda, documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no subitem anterior.

6.3. Fica 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.

6.4. 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.

7. DATA DO EVENTO

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

7.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na sua 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.

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

8.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

8.2. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

9. JUNTA MÉDICA

9.1. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

9.1.1. A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

10.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

10.2. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura do seguro para o caso de Morte, bem como o presente seguro.

11.2. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente na forma do que dispõe a Cláusula Atualização Monetária das Obrigações, das Condições Gerais.

12. CONCEITOS

Para fins e efeitos da cobertura contratada pela presente cláusula, define-se:

12.1. Agravo Mórbido
Piora de uma doença.

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

12.3. Aparelho Locomotor
Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

12.4. Atividade Laborativa
Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

12.5. Auxílio
A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

12.6. Ato Médico
Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

12.7. Cardiopatia Grave
Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

12.8. Cognição
Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

12.9. Conectividade com a Vida
Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

12.10. Consumpção
Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

12.11. Dados Antropométricos
No caso da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

12.12. Deambular
Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

12.13. Declaração Médica

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

12.14. Deficiência Visual

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

12.15. Disfunção Imunológica

Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

12.16. Doença Crônica

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

12.17. Doença Crônica em Atividade

Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

12.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo

Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

12.19. Doença em Estágio Terminal

Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.

12.20. Doença Neoplásica Maligna Ativa

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

12.21. Doença Profissional

Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

12.22. Estados Conexos

Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

12.23. Etiologia

Causa de cada doença.

12.24. Fatores de Risco e Morbidade

Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

12.25. Hígido

Saudável.

12.26. Médico Assistente

Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

12.27. Prognóstico

Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas a cerca da duração, evolução e termo de uma doença.

12.28. Quadro Clínico

Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

12.29. Recidiva

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

12.30. Refratariedade Terapêutica

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

12.31. Relações Existenciais

Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

12.32. Sentido de Orientação

Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

12.33. Sequela

Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

12.34. Transferência Corporal

Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

13. RATIFICAÇÃO

13.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente Cobertura Adicional.

CLÁUSULA ESPECIAL**GARANTIA SUPLEMENTAR INTERRUÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL (DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO) PROTEÇÃO FINANCEIRA****1. CONCEITO:**

- 1.1. Para os fins desta cláusula, a Interrupção da Atividade Profissional se dá com a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivada por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho vigentes.

2. GARANTIA:

- 2.1. A presente cobertura tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s), o pagamento do número de rendas contratadas de valor correspondente à importância especificada na apólice, quando da ocorrência do desemprego do Segurado.
 - 2.1.1. A cobertura de Desemprego se aplica aos profissionais com Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, devidamente assinada.

3. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO:

- 3.1. Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais que possam comprovar a manutenção de vínculo empregatício ininterrupto com o mesmo empregador nos últimos 12 (doze) meses.
- 3.2. Esta cobertura garante apenas uma interrupção da atividade profissional do Segurado a cada período de 12 (doze) meses.

4. CARÊNCIA:

- 4.1. Haverá uma carência inicial de até 3(três) meses, conforme definido em contrato, a contar da data de vencimento da primeira parcela do seguro, independente da data do pagamento, durante o qual o Segurado/Prestamista não terá direito à percepção desta.

5. FRANQUIA:

- 5.1. Haverá um período de franquia de até 31 (trinta e um) dias consecutivos, conforme definido em contrato, a contar da data de desligamento sem justa causa do Segurado junto ao seu empregador, no qual Segurado não terá direito à garantia concedida pela presente cláusula.

6. COMPROVAÇÃO DA INTERRUÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL (DESEMPREGO):

- 6.1. No aviso à Seguradora e durante o período de pagamento de cada parcela, a interrupção da atividade profissional é comprovada mediante apresentação da Carteira Profissional juntamente com o atestado da

empresa informando o motivo da demissão.

6.2. Os documentos necessários são:

- a) Cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) Original da carteira ou do contrato de trabalho do segurado, constando a anotação de rescisão contratual; e
- c) Cópia do extrato do FGTS dos últimos (doze) meses ou dos respectivos holerites quando os primeiros não estiverem disponíveis.

7 PESSOAS NÃO ABRANGIDAS POR ESTA COBERTURA:

7.1 Empregados habilitados para requerer aposentadoria integral por tempo de serviço;

7.2 Profissionais Liberais, Autônomos, Proprietários ou Sócios de Empresas; e

7.3 Estagiários, temporários, avulsos e contratados por prazo determinado.

8. CESSAÇÃO DA GARANTIA:

8.1 A cobertura concedida por esta cláusula cessará, ainda, nos seguintes casos:

- a) Com o cancelamento da apólice;
- b) Com o cancelamento desta cláusula;
- c) Com a ocorrência da Morte ou da Invalidez Permanente do Segurado;

9. RISCOS EXCLUÍDOS:

9.1 Além dos riscos mencionados na Cláusula 5ª das Condições Gerais, são também excluídos da cobertura concedida por esta cláusula, os seguintes riscos:

- a) Demissão por justa causa;
- b) Demissão de funcionários que já tenham tempo de serviço suficiente para a aposentadoria integral;
- c) Demissão a pedido do funcionário;
- d) Desligamento em função de incentivo dado pelo empregador para que o funcionário se desligue da Empresa.

10 ÂMBITO TERRITORIAL:

10.1 A cobertura concedida por esta cláusula está restrita ao território nacional e só se mantém enquanto o Segurado mantiver residência no Brasil.

11 RATIFICAÇÃO:

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pela presente cláusula especial.

CLÁUSULA ESPECIAL**GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA****1. CONCEITO**

1.1. Para fins desta cláusula, a Incapacidade Física Total Temporária se dá pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado a exercer a sua profissão, durante o período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos, em decorrência de acidente ou doença.

2. GARANTIA

2.1. A presente cobertura tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondentes ao valor do capital segurado contratado, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos em contrato.

2.2. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

3. Critérios de Aceitação

3.1. Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais liberais ou autônomos, que possam comprovar a atividade exercida através de documentos, que comprovem o vínculo com o estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da adesão ao seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao seguro.

3.2. Haverá uma carência inicial de 2 (dois) meses, apenas para doença, a contar da data do vencimento da primeira parcela do seguro, independente da data do pagamento, durante o qual o Segurado/Prestamista não terá direito à percepção desta.

3.3. Haverá uma franquia de 15 (quinze) dias consecutivos, a contar da data da interrupção da atividade profissional do segurado, em decorrência de acidente ou doença.

4. COMPROVAÇÃO DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA

4.1. No aviso à Seguradora e durante o período de pagamento de cada parcela, a incapacidade física total e temporária é comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) Exames realizados que comprovem a incapacidade física total e temporária, original ou cópia simples;

- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
- a. Última declaração do Imposto de Renda, ou;
 - b. Recibo de Pagamento Autônomo, ou;
 - c. Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
 - d. Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
 - e. Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

5. Riscos Excluídos:

5.1. Além dos riscos mencionados na Cláusula 5ª – Riscos Excluídos, das Condições Gerais, são também excluídos da cobertura concedida por esta cláusula, os seguintes riscos:

- a) **Doenças preexistentes à adesão ao seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- b) **Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;**
- c) **Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;**
- d) **Epidemias declaradas por Órgão Competente;**
- e) **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;**
- f) **Gravidez, parto ou aborto, e suas consequências;**
- g) **Hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- h) **Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- i) **Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- j) **Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- k) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- l) **Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;**
- m) **Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.**
- n) **Estão excluídos ainda, da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, os profissionais da economia informal, que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.**

- o) Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);**

6. Ratificação:

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pela presente cláusula especial.

CLÁUSULA ESPECIAL

GARANTIA SUPLEMENTAR DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETO DA GARANTIA:

1.1. Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, a Seguradora se obriga, no caso de morte do Segurado Principal, devidamente indenizada pela cobertura básica desta apólice, a reembolsar o beneficiário do seguro, até o limite do capital segurado contratado para a presente cobertura, pelas despesas realizadas com o funeral do Segurado falecido.

1.2. Esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas realizadas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando:

- a) Inclui-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado; e
- b) Não estão garantidas por esta cláusula as despesas efetivadas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta Garantia Suplementar só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não foram expressamente alterados pelas cláusulas da presente cláusula especial.