

**CONDIÇÕES GERAIS
YELUM PRESTAMISTA
CAPITAL VINCULADO**

OUTUBRO/2024

ÍNDICE

ÍNDICE	2
DEFINIÇÕES	4
CONDIÇÕES GERAIS – YELUM PRESTAMISTA CAPITAL VINCULADO	8
1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	8
2. OBJETIVO.....	8
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO	8
4. TIPO DE CONTRATAÇÃO	8
5. COBERTURAS	8
6. RISCOS COBERTOS.....	8
7. RISCOS EXCLUÍDOS.....	10
8. CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÃO E/OU INCLUSÃO DE SEGURADOS	11
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	11
10. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO.....	12
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	12
12. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL.....	13
13. TRANSFERÊNCIA DE GRUPO SEGURADO	13
14. CARÊNCIA	14
15. FRANQUIA	14
16. BENEFICIÁRIO(S)	14
17. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S)	14
18. CAPITAL SEGURADO	15
19. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO.....	16
20. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	16
21. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO	17
22. CUSTEIO DO SEGURO	17

23.	TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS	17
24.	PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	17
25.	PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	17
26.	CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL 19	
27.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	19
28.	OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	20
29.	RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	20
30.	JUNTA MÉDICA	22
31.	PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	23
32.	CANCELAMENTO DO SEGURO	24
33.	SUSPENSÃO DE COBERTURA.....	24
34.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	25
35.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	26
36.	TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS.....	26
37.	CLÁUSULAS ADICIONAIS	26
38.	RATIFICAÇÃO	26
39.	PRESCRIÇÃO.....	26
40.	FORO	26
41.	DISPOSIÇÕES FINAIS.....	26
	CONDIÇÕES ESPECIAIS - YELUM PRESTAMISTA CAPITAL VINCULADO.....	27
1.	COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)	27
2.	COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DIT-D).....	29
3.	COBERTURA ADICIONAL DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE)	32
4.	COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD).....	35

DEFINIÇÕES

Acidente pessoal:

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

Incluem-se nesse conceito:

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

Agravamento do risco: É uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Agravo mórbido: Piora de uma doença.

Alienação mental: Distúrbio mental ou neuromental em que haja alterações completas 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.

Aparelho locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Apólice: É o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Apólice de averbação ou aberta: Aquela em que o segurado/estipulante comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com capital segurado variável limitado ao máximo contratado.

Atividade laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

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

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

Aviso de sinistro: Comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto, conforme previstos nas Condições Gerais.

Beneficiários: Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital segurado: Valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto.

Capital segurado vinculado: Modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste

Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do Capital ou da sua recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

Certificado individual: Documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

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

Condições Contratuais e/ou Condições Gerais: Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

Conectividade com a vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

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

Contrato de seguro: É o instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano de seguro e fixa os direitos e obrigações das partes.

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

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

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

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

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.

Declaração pessoal de saúde: É o documento formal e legal, incluso na Proposta de Contratação, em que o proponente a Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.

Devedor: Aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

Deficiência visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão a seguir do considerado normal.

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

Distúrbios cognitivos: Distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

Documentos Contratuais: Documento emitido pela seguradora, sendo a apólice, a apólice de averbação, o certificado individual, o endosso e o bilhete de seguro.

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

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

Doença crônica em atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença do trabalho: 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).

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.

Doença profissional: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

Doenças, lesões e acidentes preexistentes: São os acidentes sofridos e os sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas pelo Segurado antes da contratação do seguro, e que sejam de seu conhecimento.

Endosso: Documento emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

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

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 regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do

devedor nas operações do seguro prestamista.

Etiologia: Causa de cada doença.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Franquia: É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, correspondente a um período em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica ou por perda involuntária do vínculo empregatício, e durante o qual o Segurado não terá direito à indenização do seguro para qualquer evento.

Fatores de risco e morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Grupo segurado: É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo segurável: É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que, através de contrato específico, tenham contraído dívida junto ao Credor que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

Hígido: Saudável.

Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva garantia contratada.

Invalidez permanente: É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

Instituições de crédito: São as instituições financeiras, como bancos, cooperativas de crédito e congêneres, que concedem créditos, empréstimos ou financiamentos a pessoas físicas e jurídicas.

Médico assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, sendo que não serão assim considerados, para efeitos deste seguro, o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina.

Migração de apólices: Substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

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

Plano: É o grupo de coberturas diferenciadas estabelecidas no item Coberturas destas Condições Gerais.

Prêmio ou Prêmio Único: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

Prêmio Mensal: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

Processo SUSEP: É o registro deste plano na SUSEP, o que não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

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

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 gerais.

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

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

Renda: É a série de pagamentos periódicos devidos ao (s) Beneficiário (s) ou ao próprio Segurado.

Regime financeiro de repartição simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Riscos excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais que não serão cobertos pelo presente Contrato de Seguro.

Segurado: Pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado prestamista: É a pessoa física que, através de contrato específico, tenha contraído dívida junto a Instituição de Crédito e que tenha sido regularmente aceita e incluída no seguro.

Seguradora: É a empresa que assume os riscos inerentes às garantias deste Contrato de Seguro, nos termos da legislação vigente, nas Condições Gerais deste Contrato e demais normas aplicadas ao setor.

Sentido de orientação: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

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

Sinistro: A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados: Autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS – YELUM PRESTAMISTA CAPITAL VINCULADO

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação da proposta está 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.

2. OBJETIVO

O presente seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, até o limite do capital segurado contratado, na modalidade de Capital Segurado Vinculado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas básicas e/ou adicionais das cláusulas a seguir, quando contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e ainda, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminado nas Condições Contratuais ou no Certificado Individual do Seguro.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Este seguro é de contratação coletiva.

5. COBERTURAS

5.1. As coberturas deste seguro dividem-se em:

5.1.1. Coberturas Básicas:

- a) Morte
- b) Morte Acidental
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

5.1.2. Coberturas Adicionais:

- a) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A)
- b) Diária de Incapacidade Temporária por Doença (DIT-D)
- c) Perda Involuntária de Emprego (PIE)
- d) Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD)

5.2. A descrição e as normas das coberturas adicionais estão reguladas nas respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

5.3. O Estipulante deverá informar na Proposta de Seguro quais garantias pretende contratar, sendo uma das básicas obrigatória e as demais, facultativas, respeitando-se as conjugações disponibilizadas pela Seguradora.

6. RISCOS COBERTOS

6.1. Cobertura Básica Morte

6.1.1. CONCEITO

Quando contratada, garante ao (s) Credor (es) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, na ocorrência de morte do Segurado Prestamista por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

6.1.2. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a **cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

6.2. Cobertura Básica Morte Acidental

6.2.1. CONCEITO

Quando contratada, garante ao (s) Credor (es) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, na ocorrência de morte do Segurado Prestamista por causa acidental, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

6.2.2. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a **cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

6.3. Cobertura Básica Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

6.3.1. CONCEITO

6.3.1.1. Quando contratada, garante ao (s) Credor (es) e/ou ao Segurado Prestamista o pagamento de uma indenização, quando ocorrer a sua invalidez permanente total por acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

6.3.1.2. Para fins de seguro, entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional total, conforme estabelecido na tabela a seguir, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

6.3.2. ACUMULAÇÃO DE COBERTURAS

As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago o valor já indenizado.

6.3.3. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a **cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total por Acidente

Discriminação	% Sobre 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

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas previstas neste Contrato de Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) ato de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou quaisquer perturbações da ordem pública e delas decorrente exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, com exceção dos itens abaixo:
 - i. que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação ou de adesão;
 - ii. que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta de contratação ou de adesão ou ainda;
 - iii. quando não existir obrigatoriedade do preenchimento da declaração pessoal de saúde.
- d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;
- f) danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- g) prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal; e
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte.

7.2. Cláusula de Exclusão Embargos e Sanções: estão excluídos da cobertura deste seguro todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicas, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

- a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicas internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

7.3. Além dos riscos mencionados nos subitens acima desta cláusula, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente total por acidente:

- a) as doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição tais como DORT, LER, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente; as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- c) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- d) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- e) 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 sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal; e
- f) indenizações ou prejuízos decorrentes de acordo ou condenação judicial por danos morais ou estéticos.

8. CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÃO E/OU INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1. A contratação, alteração ou inclusão de segurado no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou corretor de seguros habilitado, e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8.2. A inclusão dos proponentes no contrato de seguro se fará mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão que, sob pena ser declinado o risco, deverá conter:

- a) dados pessoais;
- b) CPF e, na falta deste, outro documento identificador de âmbito nacional;
- c) declaração pessoal de saúde;
- d) declaração de conhecimento prévio das condições gerais do presente contrato.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. A Proposta de Adesão será recepcionada pela Seguradora sob protocolo, com indicação da data e hora de seu recebimento. Com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dos riscos individuais propostos.

9.2. Somente poderão ser incluídos no Seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que, na data estabelecida para início de vigência do risco individual:

- a) estar em boas condições de saúde;
- b) estar em plena atividade de trabalho ou aposentado por tempo de serviço;

- c) ter mais de 14 (quatorze) anos e no máximo 65 (sessenta e cinco) anos de idade na data de início do seguro;
- d) a somatória da idade na data do início da vigência individual do Segurado com o maior prazo para quitação da obrigação assumida pelo Segurado não ultrapassar os limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice;
- e) pessoas que não estiverem afastadas do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual, por motivo de doença ou acidente;
- f) os aposentados, desde que não tenham sido por invalidez, podem ser incluídos no seguro, pagando eles próprios, ou o Estipulante, seus respectivos prêmios.

Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta/termo de adesão deverá ser preenchida e assinada por cada um destes, conforme o limite de sua participação do compromisso financeiro.

9.3. É facultado à Seguradora solicitar informação ao Segurado ou ao proponente, para efeito de subscrição, da existência de outros contratos de seguro de pessoas com coberturas concomitantes e relacionadas à mesma dívida.

9.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da transmissão ou protocolo da proposta física, para sua análise e aceitação ou recusa. Quando constatada a necessidade de informações e/ou documentos complementares para possibilitar a melhor análise do risco proposto, o referido prazo será suspenso até a data em que ocorrer a entrega das informações ou documentos solicitados, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações no risco.

9.5. Durante o período de análise será garantida cobertura provisória do risco segurado. Em caso de recusa do risco, haverá comunicação ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros e a cobertura provisória será encerrada imediatamente. De qualquer forma, eventuais sinistros ocorridos durante o período de cobertura provisória apenas serão atendidos se o evento estiver amparado pelas Condições Gerais do produto e o sinistro for considerado como regular.

9.6. No caso de aceitação da proposta o período de cobertura provisória será considerado como de efetiva vigência do seguro.

9.7. A ausência de manifestação da Seguradora quanto à aceitação ou recusa da proposta, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da mesma.

9.8. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento passará a ser devido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao Proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesses casos, o Proponente terá garantida a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

10. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

10.1. O índice de adesão é a relação entre o número de Segurados e o total de componentes do Grupo Segurável.

10.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso, na Proposta de Seguro e nas Condições Contratuais.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

11.1. A Apólice terá seu início e termino de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da(s) data(s) definida nas Condições Contratuais.

11.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso, a partir da data da aceitação da Proposta de Seguro.

11.3. Nas Propostas de Seguro recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais.

11.4. Nas propostas de seguros recepcionadas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, o seu início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Estipulante.

11.5. Caso o Estipulante e o Segurado Prestamista repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, reduzindo o prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente, mediante expressa solicitação do Estipulante e/ou Segurado.

11.6. Se houver ampliação do prazo original, a seguradora deve ser comunicada imediatamente e se manifestará, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

A renovação do seguro somente será realizada quando o Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros manifestar à Seguradora sua intenção de renovar a apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do final da vigência do seguro, sendo que a aceitação do risco estará sujeita a análise da Seguradora.

Poderá, se assim desejado pelo Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros ocorrer a renovação do seguro de forma automática, uma única vez e pelo mesmo prazo, ao término da vigência original.

Não havendo interesse na renovação automática pelo Segurado, estipulante ou pela Seguradora, deverá haver comunicação mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

No caso de não renovação da apólice coletiva, as coberturas do certificado individual permanecerão em vigor pelo período correspondente aos prêmios já pagos.

11.7. A Seguradora fornecerá ao Estipulante, seu representante e/ou Corretor de seguros, protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionado, com indicação da data e hora de seu recebimento.

11.8. À proposta de renovação aplica-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 9-ACEITAÇÃO DO SEGURO

12. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL

12.1. O início de vigência do risco individual será o estabelecido a seguir:

- a)** os certificados terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas;
- b)** quando a obrigação a que o seguro está atrelado possuir data de término, o fim de vigência do risco individual coincidirá com este prazo, sendo as datas de início e fim de vigência especificadas no certificado individual de seguro;
- c)** quando a obrigação não possuir uma data de término na data de contratação do seguro, o prazo de vigência será o acordado entre as partes;
- d)** caso a Proposta de Adesão tenha sido recepcionada sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;
- e)** caso a Proposta de Adesão tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data da data de recepção da proposta pela Seguradora.

12.2. No início de cada vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual do Seguro com os nomes do Segurado e segundo(s) Beneficiário(s), início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e Prêmio total, entre outros.

13. TRANSFERÊNCIA DE GRUPO SEGURADO

13.1. Em caso de transferência do Grupo Segurado de uma Apólice de Seguro de Vida em Grupo emitida por uma Congênera, o Estipulante deverá encaminhar uma relação de todos os Segurados em vigor com os respectivos Capitais Segurados que prevaleciam na Apólice anterior.

13.2. Para fins de faturamento mensal do seguro, o Estipulante deverá enviar um relatório à Seguradora contendo os seguintes dados mínimos:

- a) do Segurado Prestamista: nome completo, data do nascimento e número do CPF;
- b) da dívida: valor total da dívida (inclusive taxas de administração), tipo e objeto do contrato firmado entre Estipulante e Segurado Prestamista, modalidade do capital segurado, prazo total do financiamento e total de prestações pagas.

13.3. Os Segurados que possuírem mais de uma dívida ou compromisso deverão ser identificados em uma relação à parte, na qual deverão estar enumeradas todas as dívidas existentes para o mesmo Segurado Prestamista.

14. CARÊNCIA

14.1. A critério da Seguradora, poderá ser estabelecido prazo de carência para as coberturas de Incapacidade Temporária por Doença, Invalidez Funcional Permanente por Doença e Perda Involuntária de Emprego previstas neste seguro, a carência será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

14.2. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.

14.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

14.4. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

14.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na apólice de seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

14.6. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

14.7. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

15. FRANQUIA

15.1. A Seguradora poderá estabelecer para as coberturas adicionais uma franquias em período de dias. Os critérios de sua aplicação serão definidos nas Condições Especiais da respectiva cobertura adicional contratada, e o período será o informado na Proposta de Adesão e nas demais Condições Contratuais.

15.2. Estipulada a franquias, em período de dias, para as garantias previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais, durante o prazo estabelecido a Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza.

16. BENEFICIÁRIO(S)

16.1. Em caso de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Prestamista, o Beneficiário será sempre o Credor, até o valor da dívida existente na data do sinistro do Segurado Prestamista.

Considera-se para fins de indenização e beneficiário deste seguro contratado na modalidade **Capital Segurado Vinculado**, exclusivamente o Credor, uma vez que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação assumida pelo Segurado junto ao Credor, não havendo parcela remanescente de indenização.

17. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S)

17.1. Em caso de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Prestamista, o primeiro Beneficiário será sempre o Estipulante, até o limite do valor do saldo devedor da dívida existente na data da ocorrência do sinistro do Seguro Prestamista.

17.2. É facultado ao Segurado Prestamista indicar livremente o(s) segundo(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições

legais. Na falta da indicação do(s) segundo(s) Beneficiário(s), será aplicado, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro:

Art. 792

“Na falta de indicação de pessoa ou de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”

17.2.1. Para fins do previsto nesta cláusula, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro:

Art. 793

“É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.”

17.2.2. O Segurado Prestamista poderá, em qualquer época, substituir seu(s) segundo(s) Beneficiário(s), mediante manifestação escrita.

17.2.3. Caso o Segurado Prestamista não dê ciência à Seguradora da substituição de seu(s) segundo(s) Beneficiário(s) na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora se desobrigará, pagando o saldo remanescente do Capital Segurado ao(s) antigo(s) segundo (s) Beneficiário(s).

17.3. No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente prevista nestas Condições Gerais, o segundo Beneficiário será sempre o próprio Segurado Prestamista.

18. CAPITAL SEGURADO

18.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para a Cobertura Básica e/ou Adicional, vigente na data da ocorrência do sinistro.

18.2. A modalidade para fins deste plano de seguro, é **Capital Segurado Vinculado**, ou seja, modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

18.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) na Cobertura Básica de Morte: a data do falecimento;
- b) na Cobertura Básica de Morte Acidental: a data do acidente;
- c) na Cobertura Básica de Invalidez Permanente Total por Acidente: a data do acidente; e
- d) nas Coberturas Adicionais eventualmente contratadas: as definidas em cada uma das respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

18.4. Será considerado como novo seguro qualquer aumento de responsabilidade (dívida ou compromisso) não previsto inicialmente contraído por Prestamista já segurado, ficando sujeito, portanto, às condições para ingresso no seguro e limite de Capital Segurado previstos nas Condições Contratuais.

18.5. O Capital Segurado máximo de cada Segurado Prestamista não poderá exceder, em uma ou mais operações realizadas junto à instituição de crédito, o valor definido nas Condições Contratuais.

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

18.7. No caso da realização, por um Segurado Prestamista, de mais de uma operação do mesmo plano ou de outros planos junto à mesma instituição de crédito, a importância segurada total fica limitada ao Capital máximo fixado por

Segurado Prestamista, independentemente da quantidade de planos contratados.

18.8. Aplicam-se ao conceito de plano os grupos ou cotas de consórcio, contratos de financiamento, mutuários, tomadores de empréstimo, ou qualquer outro compromisso de dívida assumido pelo Segurado Prestamista, que será estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice.

19. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

19.1. O Prêmio do Seguro será recalculado na mesma proporção e periodicidade em que ocorrer alteração do Capital Segurado Vinculado, ou do Capital Segurado médio correspondente, de acordo com o estabelecido no contrato, e não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio.

20. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

20.1. Os valores relativos a este contrato de seguro estão sujeitos a correção monetária, de acordo com a variação do IPCA e juros moratórios legais, de 1% (um por cento) ao mês, respeitando as seguintes regras:

19.1.1. Para devolução de Prêmio a Seguradora terá um prazo de até 10 (dez) dias úteis, a contar da data de exigibilidade abaixo:

a) Endosso com restituição de prêmio: os valores a serem restituídos serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação do endosso (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.

b) Cancelamento do Contrato: os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

c) Valores Recebidos Indevidamente pela Seguradora: valores a serem devolvidos ao Segurado serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.

d) Proposta Recusada: os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data da recusa da proposta, e a correção dos valores a contar da data do pagamento realizado pelo segurado, até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

19.1.2. Pagamentos em caso de indenização de sinistros ocorrida após o prazo previsto nas respectivas Cláusulas destas Condições Gerais (Cláusula 28 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS) incidirão:

a) correção monetária: a partir da data de ocorrência do sinistro definido na Cláusula 18 - CAPITAL SEGURADO, de acordo com a variação positiva do IPCA até a data do efetivo pagamento.

b) juros moratórios legais: de 1% (um por cento) ao mês, a contar da data de término do prazo contratual para pagamento da indenização (Cláusula 28 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS), ou seja, a partir do 31º (trigésimo-primeiro) dia, "pro-rata-temporis", contado da data da entrega do último documento constante da relação da documentação básica ou de documento justificadamente solicitado pela Cia, até a data do efetivo pagamento.

20.2. Para indenizações liquidadas em moeda estrangeira, deverão ser observados, no mínimo, os itens relativos ao acréscimo de juros moratórios e multa.

20.3. Fica entendido e acordado que as atualizações previstas nesta cláusula serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data da efetiva liquidação.

20.4. Em caso de extinção do índice pactuado, IPCA/IBGE, será utilizado como substituto o IGPM/FGV.

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

21. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

21.1. O prêmio de cada Segurado Prestamista é o produto da taxa indicada no Contrato pelo respectivo Capital da Cobertura Básica e Adicional de cada um dos Segurados Prestamistas.

21.2. O aumento na taxa deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato, com concordância expressa e escrita do Estipulante.

21.2.1. Caso a alteração de taxa prevista no subitem anterior implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

22. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a proposta de seguro, o custeio pode ser:

a) Não-Contributário (Instituído): é o seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante. Neste tipo de seguro, todos os componentes do Grupo Segurável serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas e aquelas que não protocolarem proposta de adesão na Seguradora;

b) Contributário (Averbado): é o seguro em que os Segurados pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento, total ou parcialmente, sobre o Segurado. Neste tipo de seguro serão incluídos na Apólice somente os componentes do Grupo Segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão.

23. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS

23.1. No caso de transferência de dívida de um Segurado Prestamista para outra pessoa, este novo devedor, para ser incluído no seguro, deverá atender ao disposto em todos os itens destas Condições Gerais, especialmente os requisitos da Cláusula 8- CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÃO E/OU INCLUSÃO DE SEGURADOS, inclusive no que tange ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

23.2. O início de vigência do seguro do cessionário se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia subsequente àquele em que o documento de cessão/transferência for protocolado na sede do Estipulante da Apólice do presente seguro, desde que a sua inclusão seja aceita pela Seguradora.

24. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado no Contrato de Seguro e na Proposta de Adesão, o prêmio deste seguro poderá ser pago à vista, mensalmente, anualmente ou de forma fracionada.

25. PAGAMENTO DO PRÊMIO

25.1. O prêmio do seguro, valor a ser pago pelo Segurado para a garantia do risco coberto, será de acordo com o período contratado e tipo do seguro informado na apólice, admitindo-se os tipos abaixo, **devendo ser obrigatoriamente observada a data limite (data do vencimento) prevista no referido documento de cobrança do prêmio:**

a) Prêmio ou Prêmio Único: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

b) Prêmio Mensal: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

25.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é o dia de vencimento estipulado na Apólice, ou nos casos em que haja mais de uma data prevista, a última data.

25.3. Nos contratos de seguro cujos prêmios sejam pagos em uma única parcela, qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite

prevista para este fim.

25.4. Fica, ainda, entendido e concordado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

25.5. O não-pagamento do prêmio do seguro dentro do prazo limite estipulado e após aviso prévio da Seguradora diretamente ao Segurado, corretor de seguros ou seu representante legal, por meio físico, remoto ou outras formas previstas na regulamentação em vigor, implicará:

25.6. No caso de “prêmio único” com uma só parcela ou fracionado com a primeira parcela não paga, o cancelamento do seguro desde o início de vigência.

25.7. No caso de “prêmio único” com fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na Tabela de Prazo Curto a seguir.

25.8. Neste caso a Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, expressamente:

a) o novo prazo de vigência ajustado.

b) a nova data de vencimento para a parcela em mora, a fim de regularizar o pagamento do prêmio sem que ocorra o cancelamento da apólice/certificado, caso ainda haja cobertura prevista na Tabela de Prazo Curto.

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % Entre a Parcela de Prêmio Paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

25.9. Para percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

25.10. O Segurado terá restabelecido o direito às coberturas contratadas pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido pela Seguradora, ficando sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA, e, ainda dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado à base "pro-rata temporis", podendo ser cobrado ainda um valor adicional a título de despesas operacionais, conforme constante da especificação da apólice.

25.11. Findo o novo prazo sem que tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, opera-se, de pleno direito, o cancelamento da Apólice.

25.12. No caso do fracionamento do prêmio único, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se houver.

25.13. Quando tiver previsto o pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, 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.

Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio (s) pago (s) pelo (s) Segurado (s).

Nota: Não serão considerados indenizáveis quaisquer sinistros ocorridos durante o período de suspensão da cobertura da apólice.

26. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL

26.1. Quando o custeio do prêmio se der sob a forma mensal ou anual, a falta de pagamento do prêmio, por um período de até 30 dias, não acarretará no cancelamento automático do seguro.

26.1.1. Durante o prazo referido no subitem anterior, as coberturas previstas na apólice não ficarão prejudicadas.

26.2. O Estipulante ou, quando for o caso, o Segurado em atraso com o pagamento do prêmio será notificado para pagamento da parcela do prêmio em atraso, acrescida dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 20- ATUALIZAÇÃO DE VALORES destas Condições Gerais.

26.2.1. O não pagamento da parcela do prêmio em atraso dentro do prazo de 30 (trinta) dias acarretará o cancelamento imediato e automático do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto vigente o seguro.

27. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com a morte e/ou invalidez permanente total do Segurado Prestamista;**
- b) com a indenização por invalidez permanente total do Segurado Prestamista, e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;**
- c) automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência da Apólice sem renovação, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago;**
- d) automaticamente, na data em que houver o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Prestamista e o Estipulante;**
- e) por solicitação escrita do Segurado Prestamista ao Estipulante, informando que não deseja continuar no**

seguro;

- f) quando o Segurado Prestamista deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal ou anual, observado o disposto na Cláusula 25-PAGAMENTO DO PRÊMIO.
- g) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional, se houver,, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.
- h) em caso de extinção antecipada da obrigação, devendo o Estipulante comunicar formalmente à Seguradora, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

28. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

28.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro o Segurado Prestamista ou o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) informá-lo à Seguradora, logo que o saiba(m), e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência por meio dos documentos básicos constantes na Cláusula 29- RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

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

A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias contado do cumprimento, por parte do Segurado, de todas as exigências, para conclusão de regulação e liquidação do sinistro, sendo que, em caso de negativa, informará os motivos que a justifiquem. **A referida contagem será suspensa a partir do momento em que for solicitada documentação complementar, por dúvida fundada e justificada, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.**

28.3. Não respeitado o prazo previsto no subitemacima, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido na Cláusula 20 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

28.4. O pagamento será feito por meio de crédito em conta corrente, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado Prestamista.

28.4.1. Não está previsto no pagamento da indenização débitos anteriores a data do sinistro, ou seja, o Segurado Prestamista será responsável pela quitação das parcelas vencidas junto ao Credor.

28.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

28.6. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o Segurado será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo estipulado para liquidação de sinistros previsto nestas condições.

28.7. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido, e observada a regulamentação específica sobre atualização de valores.

29. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

29.1. Os documentos a seguir indicados são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora em suas vias originais ou cópias autênticas, para conclusão do procedimento administrativo:

I.- Documentos do Segurado Prestamista:

Documentos Necessários	Morte	Morte Acidental	IPA, DIT-A, DIT-D	IFPD	PIE
Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e respectivo(s) médico(s) assistente(s)	X	X	X		
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente				X	
Comprovação de exercício de atividade profissional;			X		
Cópia autenticada da carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;		X			
Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, somente nos casos de acidente de trânsito com veículo conduzido pelo Segurado Prestamista;			X		
Cópia autenticada das seguintes páginas da carteira profissional: - identificação do Segurado; - qualificação civil e - registro do último contrato de trabalho e página posterior em branco;					X
Cópia autenticada do formulário de seguro-desemprego;					X
Cópia autenticada do termo de rescisão do contrato de trabalho;					X
Cópia autenticada do último Imposto de Renda ou carnê-leão.			X		
Cópia da carteira de Trabalho e Previdência Social e ficha de registro do funcionário na empresa;				X	
Cópia da certidão de casamento com averbação do óbito do Segurado Prestamista, se for o caso;	X	X			
Cópia da certidão de óbito;	X	X			
Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização		X			
Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial;		X			
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença;	X	X			
Cópia do RG, CPF, comprovante de residência e formulário de profissão e renda;	X	X	X	X	
Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença (data do sinistro);				X	
Declaração médica indicando causa da morte, com firma reconhecida;	X	X			
Documento que comprove a ocorrência do acidente - boletim de ocorrência (BO) ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), conforme o caso;			X		
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 na alínea anterior.				X	
Guia de internação (quando houver).	X	X			
Laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se houver;		X			
Laudo de exame cadavérico (IML);		X			
Laudo de exame de corpo de delito (IML), conforme o caso;			X		
Radiografias (quando houver);	X	X			

Documentos Necessários	Morte	Morte Acidental	IPA, DIT-A, DIT-D	IFPD	PIE
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de 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.				X	
Relatório médico assinado pelo médico assistente informando o grau de invalidez.			X		

II. - Documentos do(s) Segundo(s) Beneficiário(s)

Documentos Necessários	Morte	Morte Acidental
Cópia do RG, CPF, comprovante de residência e formulário de profissão e renda do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou	X	X
Certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;	X	X
No caso de Beneficiários incapazes: menores sujeitos ao poder familiar: documentos de identificação do pai e da mãe menores sujeitos à tutela: termo de tutela e documento de identificação do tutor (RG e CPF). maiores de idade: termo de curatela e documento de identificação do curador (RG e CPF).	X	X
Em caso de Companheiro(a), além dos documentos indicados na alínea "a" deste subitem, documentos comprobatórios da qualidade de companheiro do Segurado no momento do sinistro.	X	X

III.- Documento do Estipulante / agente de crédito credor do Segurado Prestamista:

Documentos Necessários
Cópia do contrato e seus aditivos, referente ao compromisso assumido pelo Segurado Prestamista ou qualquer outro documento comprobatório do vínculo entre o Segurado Prestamista e o Estipulante; e
Declaração da Instituição de crédito informando os valores atualizados do compromisso a ser quitado, e extrato com as parcelas pagas e pendentes, demonstrando sua evolução desde a contratação.

29.2. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora, não se estabelecendo nenhuma relação neste sentido com o Estipulante.

30. JUNTA MÉDICA

30.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Gerais, será proposta formalmente ao Segurado, a constituição de junta médica, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação.

30.2. A referida junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

30.3. 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.

31. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

31.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, além dos casos previstos em Lei, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado, ainda, às sanções previstas na legislação e no Contrato de Seguro, se ele e/ou seu representante legal ou Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

31.2. Sendo apuradas declarações inexatas ou omissões de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o Segurado perderá o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

31.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

I Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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.

31.4. O Segurado Prestamista também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro caso haja por parte dele, seus representantes ou seu(s) Beneficiário(s):

a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

b) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;

c) não-fornecimento da documentação solicitada; e

d) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro.

31.5. Caso ocorra incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato à Seguradora, logo que saiba, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má fé.

31.6. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, mediante comunicação formal:

a) cancelar o seguro;

b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

31.8. Verificada a inobservância do segurado quanto a obrigação de comunicar à esta Seguradora sobre a inclusão ou exclusão, sua ou de seus beneficiários de indenização e/ou locais de sinistro, em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, ficará caracterizada a PERDA DE DIREITOS a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

32. CANCELAMENTO DO SEGURO

32.1. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

32.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos do Segurado Prestamista, nas seguintes situações:

- a) se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;**
- b) se ocorrerem infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;**
- c) com a extinção do Estipulante como pessoa jurídica, ou sua inabilitação determinada por órgão competente a que este estiver vinculado;**
- d) com a morte do Estipulante, no caso de este ser Pessoa Física.**

32.3. Além das situações mencionadas anteriormente, o seguro estará cancelado também:

- a) por acordo entre o Estipulante e a Seguradora, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem no mínimo 3/4 (três quartos) do grupo segurado;**
- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios, nos termos das Cláusulas 25-PAGAMENTO DO PRÊMIO destas Condições Gerais;**
- c) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva para com a Seguradora.**

32.4. O pagamento à Seguradora, pelo Estipulante ou por Segurado(s), de qualquer valor após a data do cancelamento, não implica na reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do(s) mesmo(s) a(s) importância(s) paga(s).

33. SUSPENSÃO DE COBERTURA

33.1. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão ou exclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou locais de origem, destino ou transbordo, ou ainda o objeto segurado nas listas de embargos e sanções, deverá o segurado informar tempestivamente à esta seguradora a data de inclusão e/ou exclusão sob pena de perda de direito à cobertura de seguro e, por consequência, a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

33.2. Mediante a comunicação do Segurado, as coberturas desse seguro estarão suspensas para o segurado e para seus beneficiários no período em que os mesmos estiverem inclusos em listas de sanções e embargos desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

33.3. Na hipótese do segurado ou seus beneficiários de indenização serem incluídos em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, em meio a liquidação de um sinistro reclamado, o pagamento de indenizações

ou reembolsos de despesas ficará suspenso, até que ocorra a superação do referido embargo ou até que ocorra decisão da Corte Suprema brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para esse fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

33.4. Desta forma, deve o Segurado, nas situações nas quais vier a ser incluído em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, informar tempestivamente a Seguradora as datas de ingresso e exclusão das referidas listas.

34. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

34.1. Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente por ela estabelecidas, incluindo dados cadastrais. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados informados no subitem anterior.

34.2. Constituem obrigações do Estipulante:

- a) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam no futuro resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente
- b) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro
- c) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade
- d) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente
- e) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração
- f) Discriminar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado
- g) Comunicar de imediato à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa assim que deles tiver conhecimento, quando isto estiver sob sua responsabilidade
- h) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros
- i) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado
- j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido
- k) Informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o seu percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante
- l) Nos seguros contributários, o não-repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante às cominações legais
- m) É expressamente vedado ao Estipulante, nos seguros contributários:
 - m.1) Cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela Seguradora
 - m.2) Rescindir o contrato ou efetuar qualquer alteração na apólice que implique em ônus aos Segurados, sem anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado
 - m.3) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado e
 - m.4) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos

34.3. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante, sempre que solicitado.

34.4. Qualquer modificação ocorrida na apólice vigente que implicar ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

35. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro.

36. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiários contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro:

Art. 800:

“No seguro de pessoas, o Segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.”

37. CLÁUSULAS ADICIONAIS

As Coberturas Adicionais somente terão validade quando expressamente ratificadas e incluídas na Apólice pelas Condições Contratuais e/ou Aditivo. Sua vigência coincidirá com a da Apólice quando incluídas no início do seguro; de modo contrário, terão o início de sua vigência fixado no aditivo que as incluir na Apólice.

38. RATIFICAÇÃO

As presentes Condições Gerais passam a fazer parte integrante dos documentos de contratação do seguro.

39. PRESCRIÇÃO

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

40. FORO

O foro competente para as questões judiciais do presente contrato é o da comarca de domicílio do Segurado, ou de seu beneficiário, se for o caso.

41. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - YELUM PRESTAMISTA CAPITAL VINCULADO**1. COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)****1.1 OBJETIVO**

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente. Quando contratada, garante o pagamento, parcial ou total, do Capital Segurado contratado para esta cobertura ao(s) Beneficiário(s) do Segurado Prestamista, profissional liberal ou autônomo, que, em decorrência de um acidente pessoal coberto, apresente impossibilidade contínua e ininterrupta em exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, mantendo-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da franquia estipulada.

1.2 CONCEITOS

Além dos conceitos previstos nas Definições das Condições Gerais, para os fins deste seguro, considera-se como profissional liberal e autônomo aquele que contribui com a Previdência Social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

1.3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos pela Cláusula 7 -RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura os eventos decorrentes de:

- a) doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição tais como DORT, LER, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- d) parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- e) choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;

f) 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 sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

1.4 CAPITAL SEGURADO

1.4.1 É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado Prestamista e que será estabelecido nas Condições Contratuais e informado no Certificado Individual do Seguro.

1.4.2 Nos casos em que o Capital Segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas Condições Contratuais e informado no Certificado Individual do Seguro.

1.4.3 A data do evento para efeito de determinação do Capital Segurado é a data da ocorrência do acidente.

1.4.4 O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

1.5 FRANQUIA

1.5.1 Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

1.5.2 O período de franquia, contado em dias consecutivos e interruptos a partir da data do afastamento e corresponderá a uma das seguintes opções de plano:

Plano	Período de Franquia
1	1 dia
2	2 dias
3	3 dias
4	4 dias
5	5 dias
6	6 dias
7	7 dias
8	8 dias
9	9 dias
10	10 dias
11	11 dias
12	12 dias
13	13 dias
14	14 dias
15	15 dias

1.6 CARÊNCIA

1.6.1 O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.

1.6.2 Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

1.6.3 O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

1.6.4 Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na apólice de seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

1.6.5 A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

1.6.6 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

1.7 OCORRÊNCIA DE SINISTROS

1.7.1 Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 28-OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais e providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 29-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

1.7.2 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 28 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

1.8 REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento, sem a cobrança de prêmio adicional.

1.9 ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Diária de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (DIT-A) não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade por acidente, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações. Caso o Segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA) devidamente comprovada, **o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.**

1.10 TÉRMINO DE COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro Prestamista, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

1.11 DISPOSIÇÕES GERAIS

1.11.1 Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro Prestamista.

1.11.2 As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais, exceto as particularizadas no Contrato.

2. COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DIT-D)

2.1 OBJETIVO

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte ou Invalidez

Permanente Total por Acidente. Quando contratada, garante o pagamento, parcial ou total, do Capital Segurado contratado para esta cobertura ao(s) Beneficiário(s) do Segurado Prestamista, profissional liberal ou autônomo, que, em decorrência de doença coberta, apresente impossibilidade contínua e ininterrupta em exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, mantendo-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da franquia estipulada.

2.2 DEFINIÇÕES

Além dos conceitos previstos nas Definições das Condições Gerais, para os fins deste seguro, considera-se como profissional liberal e autônomo aquele que contribui com a Previdência Social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

2.3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos pela Cláusula 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura os eventos decorrentes de:

- a) 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 LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- c) tratamentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção ou alterações físicas e orgânicas, inclusive cirurgias refrativas oculares, exceto quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento coberto ocorrido na vigência do risco individual;
- d) tratamentos clínicos e cirúrgicos de caráter experimental ou não éticos;
- e) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- f) tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- g) tratamentos ortodônticos e odontológicos, exceto quando decorrentes de evento coberto ocorrido dentro do período de vigência individual;
- h) exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (*check-up*);
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j) eventos provocados intencionalmente pelo Segurado; e
- k) anomalias congênitas e doenças mentais, quaisquer que sejam as causas.

2.4 CAPITAL SEGURADO

2.4.1 É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado Prestamista, e que será estabelecido nas Condições Contratuais e informado no Certificado Individual do Seguro.

2.4.2 Nos casos em que o Capital Segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas Condições Contratuais e informado no Certificado Individual do Seguro.

2.4.3 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo afastamento, por determinação médica, do Segurado Prestamista da sua principal atividade laborativa.

2.4.4 O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e

comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

2.5 CARÊNCIA

2.5.1 Estabelecida para esta cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

2.5.2 O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos, com opções de planos conforme tabela abaixo:

Plano	Período de Carência
1	15 dias
2	30 dias
3	45 dias
4	60 dias
5	75 dias
6	90 dias
7	105 dias
8	120 dias
9	135 dias
10	150 dias
11	165 dias
12	180 dias

2.6 FRANQUIA

2.6.1 Estabelecida para esta Cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

2.6.2 O período de franquia, contado em dias consecutivos e interruptos a partir da data do afastamento e corresponderá a uma das seguintes opções de plano:

Plano	Período de Franquia
1	1 dia
2	2 dias
3	3 dias
4	4 dias
5	5 dias
6	6 dias
7	7 dias
8	8 dias
9	9 dias
10	10 dias
11	11 dias

Plano	Período de Franquia
12	12 dias
13	13 dias
14	14 dias
15	15 dias

2.7 OCORRÊNCIA DE SINISTROS

2.7.1 Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 28-OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 29-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

2.7.2 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 28 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

2.8 REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento, sem a cobrança de prêmio adicional.

2.9 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Diária de Incapacidade Temporária por Doença (DIT-D) não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade por doença, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações. Caso o Segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) devidamente comprovada, **o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.**

2.10 TÉRMINO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro Prestamista, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

2.11 DISPOSIÇÕES GERAIS

2.11.1 Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro Prestamista.

2.11.2 As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais, exceto as particularizadas no Contrato.

3. COBERTURA ADICIONAL DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE)

3.1 OBJETIVO

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente. Quando contratada, esta cobertura garante o pagamento, parcial ou total, do Capital Segurado contrato para esta cobertura para o(s) Beneficiário(s) do Segurado Prestamista, com vínculo

empregatício (regime CLT), quando, após o período de carência, ocorrer a perda de emprego por vontade exclusiva de seu empregador, após transcorrido período de franquia, o Segurado Prestamista permanecer desempregado e observadas as seguintes condições:

- a) o Segurado deverá ter no emprego uma permanência mínima de 1 (um) ano, sem interrupção;
- b) caso o Segurado Prestamista tenha permanecido no emprego por um prazo inferior a 1 (um) ano sem interrupção, este poderá comprovar a existência de outro imediatamente anterior, de no mínimo 24 (vinte e quatro) meses consecutivos de duração, e desde que intervalo de tempo entre a data de demissão e a data de contratação não seja superior a 90 (noventa) dias;
 - a.1) aplicam-se as mesmas condições estipuladas nesta cobertura, para o emprego imediatamente anterior.
- c) o início do pagamento se dará a partir do cumprimento da franquia estabelecida, desde que o Segurado Prestamista permaneça desempregado;
- d) não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado;
- e) não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por aposentados e pensionistas;
- f) a forma de elegibilidade prevista na alínea "b" é válida apenas para a reclamação do primeiro sinistro do Segurado Prestamista; para as demais reclamações, será considerada somente a condição prevista na alínea "a".

3.2 DEFINIÇÕES

Aplicam-se a esta cobertura os conceitos previstos nas Definições das Condições Gerais.

3.3 RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos que decorrentes de:

- a) **renúncia ou demissão voluntária do Segurado Prestamista;**
- b) **demissão do Segurado Prestamista por justa causa;**
- c) **pensão ou aposentadoria do Segurado Prestamista;**
- d) **adesão do Segurado Prestamista a qualquer tipo de Plano de Demissão Voluntária (PDV) ou assemelhados, incentivados pelo empregador;**
- e) **cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em Diário Oficial, ou não regidos pela CLT;**
- f) **falência do empregador, salvo os casos que o empregado for demitido sem justa causa;**
- g) **alistamento no serviço militar.**

3.4 CAPITAL SEGURADO

3.4.1 É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado Prestamista.

3.4.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo desligamento do Segurado Prestamista junto ao empregador.

3.5 CARÊNCIA

3.5.1 Estabelecida para esta Cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

3.5.2 O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos, com opções de planos conforme tabela abaixo:

Plano	Período de Carência
1	15 dias
2	30 dias
3	45 dias
4	60 dias
5	75 dias
6	90 dias
7	105 dias
8	120 dias
9	135 dias
10	150 dias
11	165 dias
12	180 dias

3.6 FRANQUIA

3.6.1 Estabelecida para esta Cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

3.6.2 O período de franquia, contado em dias consecutivos e interruptos a partir da data do desligamento do Segurado Prestamista de seu emprego e corresponderá a uma das seguintes opções de plano:

Plano	Período de Franquia
1	1 dia
2	2 dias
3	3 dias
4	4 dias
5	5 dias
6	6 dias
7	7 dias
8	8 dias
9	9 dias
10	10 dias
11	11 dias
12	12 dias
13	13 dias
14	14 dias
15	15 dias

3.7 OCORRÊNCIA DE SINISTROS

3.7.1 Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 28-OCORRÊNCIA DE

SINISTROS das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 29-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

3.7.2 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 28 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

3.8 REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento, sem a cobrança de prêmio adicional.

3.9 TÉRMINO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro Prestamista, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

3.10 DISPOSIÇÕES GERAIS

3.10.1 Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro Prestamista.

3.10.2 As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais, exceto as particularizadas no Contrato.

4. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD)

4.1 OBJETIVO

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente. Quando contratada, garante ao Segurado, desde que este requeira o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia básica - Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

4.1.1 Para fins desta garantia, entende-se por Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

4.1.2 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 Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 29-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS destas Condições Especiais.

4.2 RISCOS COBERTOS

4.2.1 Consideram-se como Riscos Cobertos 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 60°; ou
- ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

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

i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

4.2.2 Dos Demais Riscos Cobertos

4.2.2.1 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF previsto no subitem INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF a seguir, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.2.2.2 O IAIF é composto por 2 (dois) documentos: o primeiro é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

4.2.2.3 O primeiro 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;

4.2.2.4 Para classificação no segundo ou no terceiro grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas;

4.2.2.5 Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

4.2.2.6 O segundo documento é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4.2.3 Ocorrendo a Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença, o Segurado poderá requerer o pagamento do Capital contratado. Por ser essa garantia uma antecipação da garantia de morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a garantia para o caso de morte, bem como o presente contrato de seguro.

4.2.3.1 Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente pelo índice estabelecido no contrato, juntamente com o pagamento da indenização.

4.2.4 Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença,

o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das condições Especiais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

4.2.5 Inexistindo o requerimento, o Capital contratado, quando da morte devidamente coberta do Segurado, será regularmente pago aos Beneficiários.

4.2.6 A indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a de Invalidez e Morte, uma vez que garante ao Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte e extingue imediata e automaticamente a cobertura de Morte. A Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença deverá ser comprovada com apresentação à Seguradora de declaração médica a essa finalidade, acompanhada de relatório médico, informando que o Segurado está totalmente inválido por doença, segundo os critérios previstos nos subitens acima, indicando seu início, causas, circunstâncias, acompanhado de resultado de exames complementares e laudo pericial que comprove a invalidez.

4.2.6.1 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.

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

4.2.7 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da Invalidez Total e Permanente por Doença, e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagar indenização, caso o Segurado se recuse.

4.2.8 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

4.2.8.1 Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos:

ATRIBUTOS	ESCALA	PONTUAÇÃO
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que	00
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10

ATRIBUTOS	ESCALA	PONTUAÇÃO
Condições clínicas e estruturais do Segurado	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	20
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar seus dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa, entrar e sair do chuveiro, para realizar atos de higiene e de asseio pessoal, para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades	20

4.2.8.2 Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta).	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08

4.3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos pela Cláusula 7 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença os eventos ocorridos em consequência de:

- 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) os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- c) as doenças agravadas por traumatismos;

4.4 CAPITAL SEGURADO

4.4.1 O Capital Segurado para esta cobertura será o valor informado na Proposta de Adesão nas Condições Contratuais da Apólice e constará no Certificado Individual.

4.4.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data em que a invalidez ficar caracterizada através de exames médicos e declaração médica.

4.5 REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, **a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

4.6 CARÊNCIA

O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.

4.6.1 Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

4.6.2 O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.6.3 Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na apólice de seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

4.6.4 A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

4.6.5 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

4.7 RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.7.1 Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 28-OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 29-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 28 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

4.8 TÉRMINO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo Prestamista, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada segurado:

- a) com a morte do Segurado;
- b) com a Invalidez Permanente Total do Segurado tanto por Doença quanto por Acidente;
- c) quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade; e,
- d) com o cancelamento do seguro.

4.9 DISPOSIÇÕES GERAIS

4.9.1 Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo Prestamista.

4.9.2 As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais, exceto as particularizadas no Contrato.