



MANUAL DO SEGURADO



Seja bem-vindo!

A partir de agora você pode contar com a gente! Vamos cuidar de tudo para você aproveitar o que realmente importa. Estaremos sempre por perto para que você tenha a melhor experiência Liberty.

Leia atentamente as “Condições Gerais” deste manual para saber mais sobre as vantagens do seu novo seguro.

Obrigado por escolher a Liberty Seguros,

Marcos Machini
Vice-Presidente Comercial

DEFINIÇÕES	3
CONDIÇÕES GERAIS - LIBERTY PRESTAMISTA.....	7
1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.....	7
2. OBJETIVO	7
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO	7
4. COBERTURAS.....	7
5. RISCOS COBERTOS	7
6. RISCOS EXCLUÍDOS.....	8
7. CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÃO E/OU INCLUSÃO DE SEGURADOS	9
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO	9
9. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	10
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	10
11. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL	11
12. TRANSFERÊNCIA DE GRUPO SEGURADO	11
13. CARÊNCIA	11
14. FRANQUIA	12
15. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	12
16. CAPITAL SEGURADO.....	12
17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO.....	13
18. ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	13
19. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO	13
20. CUSTEIO DO SEGURO	14
21. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS.....	14
22. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
23. PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
24. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL ..	16
25. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	16
26. OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	16
27. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	17
28. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	19
29. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	20
30. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	21
31. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	21
32. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	22
33. CLÁUSULAS ADICIONAIS	22
34. RATIFICAÇÃO.....	22
35. PRESCRIÇÃO	22
36. FORO	22
37. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS - LIBERTY PRESTAMISTA.....	22
1. COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)	22
2. COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DIT-D)	24
3. COBERTURA ADICIONAL DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE)	26
4. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD).....	27

DEFINIÇÕES

Acidente pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se, ainda, nesse conceito:

a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas, como invalidez previdenciária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

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 escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do Contrato de Seguro celebrado entre a Seguradora e o Segurado, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelas Condições Especiais e Particulares. A Apólice prova a existência e o conteúdo do Contrato de Seguro.

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: São as pessoas que, em decorrência de sinistro coberto, farão jus ao recebimento do valor do Capital Segurado.

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 de seguro: Documento destinado ao Segurado, comprovador de sua inclusão no seguro, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do Proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

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

Condições contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, de eventuais endossos e do certificado individual do seguro.

Condições especiais: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários em relação a este 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 devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada. 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, sendo identificado como Credor- instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Credor-averbador quando não participar do custeio.

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.

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 Seguradora, acessório ao Contrato de Seguro, que formaliza toda e qualquer alteração na Apólice, durante sua vigência, implicando em modificação de dados, condições ou objeto do Contrato de Seguro ou sua transferência para outrem. Uma vez anexado à Apólice, o Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do Contrato.

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.

Obrigação: Produto, serviço 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 garantias diferenciadas estabelecidas na Cláusula 5 destas Condições Gerais.

Prêmio: Valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às garantias contratadas. Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

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: Pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de adesão: Documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, nele manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Proposta de contratação: Documento em que o Estipulante expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), nele manifestando pleno conhecimento do contrato.

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: É o proponente (pessoa física) sobre o qual se fará 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: Ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, durante a vigência do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

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

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

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

1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site da SUSEP www.susep.gov.br, por meio do número do registro dele na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF.

2. OBJETIVO

2.1. 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

3.1. 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.

3.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação.

4. COBERTURAS

4.1. As coberturas deste seguro dividem-se em:

4.1.1. Coberturas Básicas:

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

4.1.2. 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)

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

4.3. O Estipulante deverá informar na Proposta de Seguro quais garantias pretende contratar, sendo uma das básicas obrigatória e as demais, facultativas.

5. RISCOS COBERTOS

5.1. Cobertura Básica Morte

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.

5.2. Cobertura Básica Morte Acidental

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.

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

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.

5.3.1. 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.

5.3.2. 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

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Estão expressamente excluídos de todas as garantias 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) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado Prestamista;**
- 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;**
 - e.1) 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;**
- 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.**

6.2. Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, 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) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- e) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- f) 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**
- g) indenizações ou prejuízos decorrentes de acordo ou condenação judicial por danos morais.**

7. CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÃO E/OU INCLUSÃO DE SEGURADOS

7.1. 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.

7.2. 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.**

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. 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.

8.2. 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.**

8.3. A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente informações complementares para avaliação do risco,

dentro do prazo de 15 (quinze) dias.

8.4. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) ficará suspenso, voltando a ser contado a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.5. 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.

8.6. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para avaliar a Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações no risco. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo previsto caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.7. Se a Seguradora recusar a Proposta de Adesão do Proponente, este será comunicado por escrito, através de carta, informando os motivos da não aceitação.

8.8. 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.

9. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

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

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

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

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

10.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 2 (dois) dias úteis, a partir da data da aceitação da Proposta de Seguro.

10.3. 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.

10.4. 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.

10.5. 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.

10.6. Se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

10.7. Na renovação da Apólice deverá ser observado o seguinte:

10.8. Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que 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.

10.9. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na Cláusula 29-CANCELAMENTO DO SEGURO, destas Condições Gerais.

10.9.1. A renovação automática a que se refere este subitem não se aplica aos estipulantes ou à Seguradora que comunicarem desinteresse na continuidade do contrato, caso avisem, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data do final de vigência contrato, a inexistência de interesse na sua renovação.

10.10. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Estipulante.

10.11. Após a primeira renovação automática, o Estipulante, seu representante e/ou o Corretor de seguros deverá

enviar à Seguradora pedido de renovação até 30 (trinta) dias antes do final da vigência deste contrato.

10.12. 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.

10.13. À proposta de renovação aplica-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 8-ACEITAÇÃO DO SEGURO

11. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL

11.1. 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.

11.2. 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.

12. TRANSFERÊNCIA DE GRUPO SEGURADO

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

12.2. 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.

12.3. 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.

13. CARÊNCIA

13.1. 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.

13.1.1. 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.**

13.2. No caso de transferência do Grupo Segurado para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos na Apólice do Seguro anterior.

13.3. O período de carência das coberturas será informado nas Condições Contratuais e contado a partir da data de vigência anual.

13.4. Estipulada a carência para as garantias previstas nas condições gerais e especiais, durante o prazo estabelecido a Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza.

14. FRANQUIA

14.1. A Seguradora poderá estabelecer para as coberturas adicionais uma franquia 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.

14.2. Estipulada a franquia, 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.

15. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

15.1. 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 do sinistro do Segurado Prestamista.

15.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada junto ao Estipulante e o valor do Capital Segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado Prestamista.

15.2.1. 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.”

15.2.2. Para fins do previsto no subitem 14.2.1, 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.”

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

15.2.4. 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).

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

16. CAPITAL SEGURADO

16.1. 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 do evento.

16.2. 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.

16.3. 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.

16.4. 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.

16.5. 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.

16.6. 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.

16.7. 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.

16.8. 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.

17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

17.1. 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.

18. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

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

18.1.1. Para efeito de atualização monetária será utilizado o IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo.

18.1.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do referido índice, a atualização monetária tomará por base o IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), em substituição àquele.

18.1.1.2. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

18.1.2. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual, por qualquer das partes contratantes, será fixado no percentual máximo de 1% (um por cento) ao mês.

18.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice ora estabelecido, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

a) no caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;

b) no caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;

c) no caso de recusa da Proposta de Seguro ou da Proposta de Adesão: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

18.3. Os demais valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice ora estabelecido.

18.4. Na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a Seguradora atualizará o valor devido a partir da data de exigibilidade, sendo assim considerada a data de ocorrência do evento.

19. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

19.1. 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.

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

19.2.1. 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.

20. 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.

21. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS

21.1. 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 7- CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÃO E/OU INCLUSÃO DE SEGURADOS, inclusive no que tange ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

21.2. 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.

22. 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.

23. PAGAMENTO DO PRÊMIO

23.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual constarão, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a)** nome do Estipulante;
- b)** valor do prêmio;
- c)** data de emissão;
- d)** número da Apólice e proposta de seguro;
- e)** data limite para o pagamento.

23.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, o Capital Segurado deverá ser atualizado até a data do evento gerador, com base no índice previsto no subitem 18.1.1.

23.2.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere ao subitem 23.1 diretamente ao Estipulante ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

23.3. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

23.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

23.5. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

23.5.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

23.5.2. Deverá ser garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

23.5.3. Os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira parcela ser paga em prazo superior a 30 (trinta) dias, contados da emissão da Apólice, endosso ou aditivo, bem como a data de vencimento da última não poderá ultrapassar a vigência desta Apólice.

23.5.4. 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, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto especificada a seguir:

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

23.5.5. Para percentuais não previstos no subitem 23.5.4 deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

23.5.6. A Seguradora deverá informar ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme subitem 23.5.4

23.5.7. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 18-ATUALIZAÇÃO DE VALORES destas Condições Gerais, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

23.5.8. Findo o novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 23.5.4 sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

23.5.9. No caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

23.5.10. O disposto no subitem 23.2 e em seus respectivos subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

23.6. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da primeira parcela não paga.

23.7. Nos casos previstos no subitem 23.1, 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.

23.8. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que o pagamento tenha sido realizado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

23.9. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.

23.10. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

23.11. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do Seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, através da rede bancária.

23.12. 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) ou Estipulante.

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

24.1. 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.

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

24.2. 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 18 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES destas Condições Gerais.

24.2.1. 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.

25. 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 23-PAGAMENTO DO PRÊMIO.
- g) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 23.5.4, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.
- h) em caso de extinção antecipada da obrigação, devendo o Estipulante comunicar formalmente a Seguradora, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

26. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

26.1. 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 27- RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

26.2. 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.

26.3. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação constante na Cláusula 27-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, que comprove a ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

26.4. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 27-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 26.3 será suspenso e voltará a ser contado a partir do recebimento, pela Seguradora, desses documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

26.5. Não respeitado o prazo previsto no subitem 26.3, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido na Cláusula 18 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

26.5.1. Os juros moratórios serão contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, enquanto a atualização monetária será aplicada a partir da data do sinistro até a data do efetivo pagamento.

26.6. 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.

26.6.1. 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.

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

27. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

27.1. 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

Documentos Necessários	Morte	Morte Acidental	IPA, DIT-A, DIT-D	IFPD	PIE
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			
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

Documentos Necessários	Morte	Morte Acidental
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.

27.2. 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.

27.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

27.3.1. A 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.

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

28. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

28.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro:

Art. 765:

“O Segurado, e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.”

Art. 766:

“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na taxa, perderá o direito à Cobertura, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido”.

28.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado Prestamista, a Seguradora:

I - na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelará o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou;

II - na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral: cancelará o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelará o seguro após o pagamento da indenização deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

28.2. 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:

Art. 768:

“O Segurado perderá direito à cobertura se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.”

28.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato de imediato e por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à garantia, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro:

Art. 769:

“O Segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.”

28.4. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita do Estipulante, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no parágrafo primeiro do artigo 769 do Código Civil Brasileiro:

Art. 769:

“O Segurador, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.”

28.5. Nos termos do § 2º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro, o cancelamento previsto no subitem anterior será eficaz após 30 (trinta) dias da notificação do Segurado:

Art. 769:

“O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio.”

29. CANCELAMENTO DO SEGURO

29.1. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

29.2. 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.

29.3. 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 23-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.

29.4. 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).

30. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

30.1. 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.

30.2. 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

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

30.4. 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.

31. 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.

32. 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.”

33. 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.

34. RATIFICAÇÃO

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

35. PRESCRIÇÃO

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

36. FORO

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado Prestamista ou do Beneficiário, conforme o caso, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as Partes expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

37. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - LIBERTY PRESTAMISTA

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 6 -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) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

f) choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;

g) 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 franquias, 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 franquias não poderá ser superior a 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do afastamento.

1.6 CARÊNCIA

1.6.1 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.

1.7 OCORRÊNCIA DE SINISTROS

1.7.1 Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 26-OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais e providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 27-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 26.3 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

Após cada utilização do Capital Segurado relativo a esta cobertura, haverá reintegração automática.

1.9 ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

1.9.1 As indenizações por Incapacidade Temporária decorrente de acidente são cumulativas com as coberturas básicas do presente seguro, isto é, se, em consequência de acidente coberto, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta cobertura, a Seguradora não deduzirá da indenização devida por morte ou invalidez a indenização paga por DIT-A.

1.9.2 No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

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 6 - 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) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de evento coberto;**
- f) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;**

- g) tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- h) tratamentos ortodônticos e odontológicos, exceto quando decorrentes de evento coberto ocorrido dentro do período de vigência individual;
- i) exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (*check-up*);
- j) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- k) eventos provocados intencionalmente pelo Segurado; e
- l) 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.

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 não poderá ser superior a 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do afastamento.

2.7 OCORRÊNCIA DE SINISTROS

2.7.1 Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 26-OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27-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 26.3 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

Após cada utilização do Capital Segurado relativo a esta cobertura haverá reintegração automática.

2.9 ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

2.9.1 As indenizações por Incapacidade Temporária decorrente de doença são cumulativas com as coberturas básicas do presente seguro, isto é, se, em consequência de doença coberta, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude da mesma doença tiver recebido indenização por conta desta

cobertura, a Seguradora não deduzirá da indenização devida por morte ou invalidez a indenização paga por DIT-D decorrente de doença.

2.9.2 No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

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;
- b.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.

3.6 FRANQUIA

3.6.1 Estabelecida para esta Cobertura a aplicação de franquias, 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 franquias não poderá ser superior a 90 (noventa) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do desligamento do Segurado Prestamista de seu emprego.

3.7 OCORRÊNCIA DE SINISTROS

3.7.1 Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 26-OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

3.7.2 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 26.3 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

Após cada utilização do Capital Segurado relativo a esta cobertura, ocorrerá a sua reintegração automática.

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 Autônômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 27-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 4.2.9-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 garantia de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença não se acumula com as de Morte, Indenização Especial por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente.

4.2.7 A Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença deverá ser comprovada com apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade, acompanhada de relatório médico, informando que o Segurado está totalmente inválido por doença, segundo os critérios previstos nos subitens 4.2 e 4.2.2 acima, indicando seu início, causas, circunstâncias, acompanhado de resultado de exames complementares e laudo pericial que comprove a invalidez.

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

4.2.7.2 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.

4.2.8 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.

4.2.9 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

4.2.9.1 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

ATRIBUTOS	ESCALA	PONTUAÇÃO
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
	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

4.2.9.2 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 morbidade 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 morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivida e/ou refratariedade terapêutica.	08

4.3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos pela Cláusula 6 - 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 idônea aceita pela Seguradora.

4.5 CARÊNCIA

4.5.1 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.

4.5.2 O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.6 RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.6.1 Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 26-OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 27-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

4.6.2 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 26.3 das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

4.7 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.

4.8 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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