

# **SEGURO DE PESSOAS**

**Seguro Prestamista Coletivo  
Capital vinculado – Taxa Média  
Condições Gerais e Especiais  
Versão 5.5**

CNPJ 28.196.889/0001-43

Processo SUSEP nº 15414.003297/2004-11

## NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

### Serviço de Atendimento ao Cliente e Acionamento do Seguro

Atendimento Nacional ..... 0800 729 7123

Atendimento Internacional..... 55 16 3111 8600

**Ouvidoria**..... 0800 880 2930

De 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

**Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala**..... 0800 775 7003

De 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

Atendimento exclusivo por equipamento habilitado para essa finalidade.

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

**Canal de Conduta e Ética**..... 0800 444 8256

Horário de atendimento: 24h (todos os dias).

[www.canaldecondutaetica.com.br/bbseguros](http://www.canaldecondutaetica.com.br/bbseguros)

Canal exclusivo para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de desvio de conduta ética relacionadas ao seguro. As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada e serão recepcionadas por uma empresa independente e especializada, assegurando o sigilo absoluto e o tratamento adequado a cada situação. É importante fornecer o máximo de informações possíveis, possibilitando assim a análise assertiva do caso. Todas as denúncias serão analisadas, investigadas e terão as medidas cabíveis aplicadas.

**Para saber demais horários e canais de atendimento, acesse nosso site:**

[www.bbseguros.com.br/seguros/ajuda/telefones-atendimento-seguros](http://www.bbseguros.com.br/seguros/ajuda/telefones-atendimento-seguros)

**BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS**

**Av. das Nações Unidas, nº 14.261 • Ala A • 29º andar**

**04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP**

## ÍNDICE

<b>CONDIÇÕES GERAIS</b> .....	<b>6</b>
1. OBJETIVO DO SEGURO .....	6
2. COBERTURAS .....	6
3. RISCOS EXCLUÍDOS .....	8
4. CARÊNCIAS .....	9
5. FRANQUIA.....	9
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	9
7. BENEFICIÁRIOS .....	9
8. PERDA DE DIREITOS .....	9
<b>COMO CONTRATAR</b> .....	<b>10</b>
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO .....	10
10. CONTRATO COLETIVO .....	12
11. ADESÃO AO SEGURO .....	12
<b>DURAÇÃO DO SEGURO</b> .....	<b>13</b>
12. VIGÊNCIA.....	13
<b>CAPITAL SEGURADO</b> .....	<b>13</b>
13. MODALIDADE VINCULADO .....	13
14. CAPITAL SEGURADO .....	14
15. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO .....	14
<b>CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)</b> .....	<b>14</b>
16. FORMA DE PAGAMENTO.....	14
17. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO E PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	14
<b>COMO ACIONAR O SEGURO (AVISO DE SINISTRO)</b> .....	<b>15</b>
18. COMUNICAÇÃO.....	15
19. DOCUMENTOS .....	15
20. JUNTA MÉDICA.....	16
21. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO .....	17
<b>RENOVAÇÃO DO SEGURO</b> .....	<b>17</b>
22. RENOVAÇÃO .....	17
23. REAVALIAÇÃO DE TAXAS.....	18
<b>CANCELAMENTO DO SEGURO</b> .....	<b>18</b>
24. REGRAS GERAIS .....	18
25. APÓLICE .....	19

26. COBERTURA INDIVIDUAL.....	20
<b>ESTIPULANTE.....</b>	<b>20</b>
27. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE.....	20
<b>CONSIDERAÇÕES FINAS.....</b>	<b>21</b>
28. REGIME FINANCEIRO.....	21
29. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.....	22
30. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	22
31. PRESCRIÇÃO.....	22
32. FORO.....	22
33. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	22
<b>CONSULTA AOS TERMOS TÉCNICOS (GLOSSÁRIO).....</b>	<b>24</b>
<b>CONDIÇÕES ESPECIAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>COBERTURAS BÁSICAS.....</b>	<b>27</b>
COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (MNA).....	27
1. RISCOS COBERTOS.....	27
2. CAPITAL SEGURADO.....	27
3. DOCUMENTOS.....	27
4. RATIFICAÇÕES.....	27
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	27
1. RISCOS COBERTOS.....	27
2. CAPITAL SEGURADO - DATA DO EVENTO.....	28
3. DOCUMENTOS.....	28
4. RATIFICAÇÕES.....	28
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	28
1. RISCOS COBERTOS.....	28
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	29
3. CAPITAL SEGURADO - DATA DO EVENTO.....	29
4. DOCUMENTOS.....	29
5. CANCELAMENTO.....	30
6. RATIFICAÇÃO.....	30
COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI).....	30
1. RISCOS COBERTOS.....	30
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	31

3.	CAPITAL SEGURADO .....	32
4.	DOCUMENTOS .....	32
5.	DATA DO EVENTO .....	32
6.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	32
7.	CARÊNCIA.....	32
8.	FRANQUIA.....	32
9.	ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	33
10.	RATIFICAÇÃO .....	33
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IFTA).....		33
1.	RISCOS COBERTOS .....	33
2.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	33
3.	CAPITAL SEGURADO .....	35
4.	DOCUMENTOS .....	35
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	35
6.	FRANQUIA.....	35
7.	RATIFICAÇÃO .....	35
COBERTURA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD .....		36
1.	RISCOS COBERTOS .....	36
2.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	40
3.	CAPITAL SEGURADO .....	41
4.	DATA DO EVENTO.....	41
5.	CANCELAMENTO .....	41
6.	DOCUMENTOS .....	41
7.	DESPEAS DE COMPROVAÇÃO .....	42
8.	RATIFICAÇÃO .....	42
<b>CONDIÇÕES PARTICULARES .....</b>		<b>42</b>
<b>EXCEDENTE TÉCNICO .....</b>		<b>42</b>
1.	PARTICIPAÇÃO NO EXCEDENTE TÉCNICO .....	42
2.	APURAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO .....	42
3.	DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO.....	43

## CONDIÇÕES GERAIS

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, total ou parcial, da operação de crédito ou compromisso assumido pelo Segurado, em caso de evento coberto, **até o limite do Capital Segurado vigente, mediante o recebimento do custo do seguro (prêmio), nos termos estabelecidos nas condições contratuais, respeitado os riscos expressamente excluídos.**

### 2. COBERTURAS

- 2.1. Este seguro é composto por Coberturas Básicas, definidas nas Condições Especiais.
- 2.2. O custo do seguro (prêmio) será determinado de acordo com as coberturas contratadas, que serão definidas na Apólice ou Certificado Individual do Seguro.

#### 2.3. COBERTURAS BÁSICAS

2.3.1 É **obrigatória** a contratação de pelo menos uma das seguintes coberturas:

- a) **Morte Natural ou Acidental (MNA);**
- b) **Morte Acidental (MA);**
- c) **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);**
- d) **Desemprego Involuntário (DI);**
- e) **Incapacidade Física Temporária por Acidente (IFTA); e**
- f) **Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - (IFPD).**

#### 2.4. CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE PESSOAL

2.4.1 **As Coberturas de Morte Acidental, Invalidez Total por Acidente e Incapacidade Física Temporária por Acidente, vinculadas a “Acidente Pessoal” deverão observar os critérios abaixo relacionados.**

2.4.2 Para determinação das coberturas, será considerado **Acidente Pessoal** exclusivamente 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 do Segurado ou que torne necessário tratamento médico, observados os exemplos abaixo:

2.4.2.1 Eventos cobertos:

- a) **Suicídio ou a sua tentativa, ressalvado o prazo de Carência do item 4.**

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

#### 2.4.2.2 Eventos não cobertos:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ressalvadas as provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez total por acidente pessoal, definido no conceito do seguro.**

**2.4.3 O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença e, portanto, não se enquadra no conceito de Acidente Pessoal para fins de seguro.**

**2.4.4 O pagamento das indenizações relativas às coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA e Invalidez Funcional por Doença - IFPD não se acumulam. O pagamento da indenização por IPTA ou IFPD equivale a 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente na data do evento e cancela o seguro.**

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**3.1. Este seguro não cobre os eventos relacionados a ou ocorridos em consequência:**

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, química ou bacteriológica, civil ou guerrilha, atos militares, atos terroristas, hostilidades, revolução, insurreição, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto de decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade de auxílio a outrem;**
- c) De atos ilícitos dolosos ou por culpa grave praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, incluem-se os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores e/ou seus respectivos representantes;**
- d) De inundações, furacões, ciclones, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos ou movimentos de terra em geral, maremotos, erupções vulcânicas, qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico, geológicos de caráter extraordinário e outras convulsões da natureza;**
- e) De epidemias e pandemias, declaradas por órgão público competente, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;**
- f) De competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
- g) De intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos e/ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico devidamente habilitado, ou em decorrência de acidente coberto, desde que seja demonstrado seunexo causal;**
- h) Da condução de veículos, embarcações e aeronaves pelo segurado sem a adequada habilitação;**
- i) Da condução do Segurado de aeronaves e embarcações, sem a autorização dos órgãos competentes para voo ou navegação; e**
- j) De lesões ou doenças preexistentes de conhecimento do Segurado, não declarada na proposta de seguro, que o obrigue a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento contínuo ou exija tratamento em regime hospitalar em período cujos efeitos persistam até a data de contratação do seguro e que contribua direta ou indiretamente na caracterização da cobertura contratada.**



## 4. CARÊNCIAS

- 4.1.** Não há carência para eventos decorrentes de Acidentes pessoais, exceto nos casos de Acidente Pessoal decorrente de suicídio, onde será aplicada a Carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contado da data de início de vigência do seguro ou do aumento do valor do Capital Segurado.
- 4.2.** No caso de aumento do Capital Segurado, a carência será aplicada somente em relação ao valor do aumento.
- 4.3.** Demais prazos de carência serão definidos na Apólice/Certificado Individual do Seguro ou em cobertura específica.
- 4.4.** O prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do seguro.
- 4.5.** No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro imediatamente anterior.

## 5. FRANQUIA

- 5.1.** A aplicação da franquia será definida na Apólice/Certificado Individual do Seguro ou em cobertura específica, se houver.

## 6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 6.1.** Todo o globo terrestre, salvo previsão em contrário nas coberturas ou na Apólice e/ou Certificado Individual do Seguro.

## 7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1.** O beneficiário do seguro será o Estipulante, que receberá o valor da indenização, limitado ao Capital Segurado vigente na data do evento.

## 8. PERDA DE DIREITOS

- 8.1.** O Beneficiário perderá o direito à indenização se o Segurado agravar intencionalmente o risco.
- 8.2.** O Beneficiário perderá o direito à indenização e a Seguradora terá o direito ao custo do seguro (prêmio) vencido, além de cancelar o seguro, se o Estipulante, Subestipulante, Segurado, Beneficiário, Corretor de Seguros, ou seus respectivos representantes:
- a) Fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do seguro;
  - b) Inobservar ou descumprir as condições contratuais do seguro; e
  - c) Agir com dolo ou má-fé, fraudar ou tentar fraudar, simular evento coberto ou agravar intencionalmente as suas consequências para obter ou majorar a indenização.

- 8.3. Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:**
- 8.3.1 Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:**
- 1) Cancelar o seguro e reter a parcela proporcional ao tempo decorrido do custo do seguro (prêmio) originalmente pactuado; ou**
  - 2) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após o pagamento da diferença do custo do seguro (prêmio) devido, ou restringir a cobertura contratada.**
- 8.3.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:**
- a) Após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou**
  - b) Permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**
- 8.3.3 Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do Capital Segurado, mediante prévio recebimento da diferença do custo do seguro (prêmio) cabível, cancelar o seguro, após o pagamento de indenização.**
- 8.4. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo e qualquer incidente suscetível de agravar o risco, sob pena de perder o direito à cobertura, se provado que silenciou de má-fé.**
- 8.4.1 A Seguradora desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá:**
- a) cancelar o seguro;**
  - b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou**
  - c) cobrar a diferença de custo do seguro (prêmio) devido, mediante acordo entre as partes.**
- 8.4.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado, devendo ser restituída a diferença do custo do seguro (prêmio), calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

## **COMO CONTRATAR**

### **9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO**

- 9.1. A contratação, alteração ou renovação do contrato de seguro se formalizará com a aceitação pela Seguradora da proposta assinada pelo proponente, seu representante legal e/ou corretor de seguros, ressalvada a hipótese de contratação direta.**

- 9.2.** Na proposta deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar o risco.
- 9.3.** Caberá à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a data e hora do recebimento da proposta.
- 9.4.** **A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.**
- 9.5.** **A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, Adesão, Renovação ou Alteração (Endosso) que implique em modificação do risco, para se manifestar a respeito de sua aceitação ou recusa.**
- 9.5.1** **Durante este período, a Seguradora poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise do risco. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e voltará a correr a partir da data da comprovação da entrega de toda a informação e/ou documentação solicitada.**
- 9.5.2** **A Seguradora poderá solicitar documentos complementares mais de uma vez, desde que fundamente o pedido para a avaliação da proposta e a definição do custo do seguro (prêmio).**
- 9.6.** **Não será admitida a adesão ao seguro e alteração de beneficiários por procuração.**
- 9.7.** **Para seguros que dependam da contratação, alteração ou renovação de resseguro facultativo, o prazo previsto no item 9.5, será suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente.**
- 9.7.1** Neste caso a Seguradora comunicará, por escrito, o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros sobre a inexistência da cobertura e não haverá a cobrança do seguro total ou parcial, até que seja contratada a cobertura de resseguro.
- 9.7.2** Superado o prazo de 15 (quinze) dias da confirmação da cobertura de resseguro o proponente será comunicado para confirmar o interesse no seguro, o que poderá ser demonstrado pelo pagamento do prêmio.
- 9.8.** A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 9.9.** A ausência de manifestação no prazo estabelecido no **item 9.5**, observada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação da proposta.
- 9.10.** A aceitação da contratação do seguro, sua adesão ou renovação se formalizará com a correspondente emissão da Apólice e do Certificado Individual do Seguro, respectivamente, e a aceitação da alteração contratual implicará na emissão do Endosso.
- 9.11.** **Os casos de renegociação da operação de crédito deverão ser comunicados imediatamente à Seguradora, por meio de nova adesão, sujeitos à análise de aceitação da Seguradora. A aceitação pela Seguradora será considerada como nova contratação e estará sujeita a cobrança de custo do seguro.**

**9.12. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, e, se for o caso, da devolução do custo do seguro (prêmio) pago referente ao período a decorrer.**

**9.12.1** A atualização monetária será aplicada a partir da data da formalização da recusa até o seu efetivo pagamento.

**9.12.2** Após o prazo estabelecido para a devolução do custo do seguro, serão devidos juros moratórios, sobre o valor atualizado, observado o índice e juros especificados no item **29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.**

## **10. CONTRATO COLETIVO**

**10.1.** A contratação e a alteração do seguro coletivo devem ser realizadas mediante a apresentação da Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante, pelo Subestipulante, se o caso, e pelo corretor de seguros.

**10.2.** **A Seguradora poderá reavaliar as taxas, conforme prazo e critérios especificados na Proposta de Contratação.**

## **11. ADESÃO AO SEGURO**

**11.1.** A contratação do seguro deve ser realizada mediante a apresentação da Proposta de Adesão, preenchida e assinada, pelo proponente ou pelo seu corretor de seguros.

**11.2.** **A contratação do seguro é opcional, sendo permitido o seu cancelamento a qualquer momento com devolução do custo do seguro (prêmio) pago referente ao período a decorrer, se houver.**

**11.3.** Somente poderão ser aceitos no seguro as pessoas físicas pertencentes ao Grupo Segurável que, na data da adesão ao seguro, estejam em boas condições de saúde, observadas as condições de elegibilidade estabelecidas nas Condições Particulares do Seguro.

**11.4.** A idade dos Componentes do Grupo Segurável, na data de contratação do seguro ou repactuação da operação de crédito com manutenção do seguro, somada ao prazo da operação de crédito não poderá superar o limite estabelecido no Contrato de Seguro.

**11.5.** Os aposentados (**exceto por invalidez**) poderão apresentar a proposta de adesão, mediante o pagamento do custo do seguro (prêmio), conforme definido nas Condições Particulares do Seguro.

**11.6.** **O seguro sobre a vida de outros poderá ser contratado, mediante a apresentação da declaração do proponente a respeito do seu interesse na preservação da vida do Segurado, sob pena de falsidade. O interesse é presumido e dispensará a declaração, quando o seguro for contratado pelo cônjuge, ascendente ou descendente.**

**11.7.** **O proponente/segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a assessoria médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer os exames realizados.**

- 11.8. A desistência do crédito, objeto do seguro, manifestada pela Proponente ao Estipulante até a data da liberação do recurso em conta corrente, acarretará a não efetivação da contratação ou alteração do seguro, tornando a Proposta de Adesão ou Endosso sem efeito.**

## **DURAÇÃO DO SEGURO**

### **12. VIGÊNCIA**

- 12.1.** O início e o fim da vigência do seguro terão início e término às 24h (vinte e quatro horas) das datas estabelecidas na Apólice, Certificado Individual do Seguro ou Endosso.
- 12.2.** A vigência do Certificado Individual do Seguro acompanhará o prazo da operação de crédito, devendo ser adequada pela correspondente renovação, se necessário. As datas de início e término especificadas no Certificado Individual do Seguro não poderão ultrapassar o final de vigência da operação de crédito. Caso a dívida segurada se encerre antes do prazo previsto, a vigência do seguro também deverá ser encerrada.
- 12.3.** No caso de não renovação da Apólice o seguro será prorrogado até o término da vigência dos prêmios pagos dos Certificados Individuais dos Seguros vigentes, não sendo admitida novas adesões.
- 12.4.** O prazo de vigência da cobertura individual será equivalente ao prazo da operação de crédito contratada com o Estipulante, respeitado o prazo de vigência da apólice. Quando o seguro for contratado após o início da operação de crédito, o prazo de vigência do seguro iniciará na data de contratação do seguro e o término acompanhará o fim do prazo da operação de crédito.

## **CAPITAL SEGURO**

### **13. MODALIDADE VINCULADO**

- 13.1.** O Capital Segurado corresponderá necessariamente ao valor do saldo devedor vigente na data da ocorrência do evento.
- 13.2.** **O Capital Segurado será alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste da operação de crédito ou compromisso.**
- 13.3.** **A definição a respeito da incorporação ou não das parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual atraso no pagamento da operação de crédito por parte do Segurado serão especificadas na Apólice e/ou Certificado Individual do Seguro.**
- 13.4.** **Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, em caso de evento coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do Capital Segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.**
- 13.5.** **Os valores dos Capitais Segurados serão sempre expressos em reais, e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por cobertura ou conjunto de coberturas contratadas.**
- 13.6.** **Os capitais máximos de cada Segurado não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.**

## 14. CAPITAL SEGURADO

14.1 Para determinação do Capital Segurado para pagamento da indenização do seguro será considerado o valor vigente na data especificada em cada cobertura.

## 15. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

15.1 O valor contratado acompanhará diariamente o saldo devedor da operação de crédito limitado ao capital segurado contratado. O custo do seguro (prêmio) mensal será calculado com base no saldo devedor do mês de referência da fatura, atualizado até o dia anterior da geração da fatura.

## CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)

## 16. FORMA DE PAGAMENTO

16.1. Para garantir o direito à cobertura o custo do seguro (prêmio) deverá ser pago até a data de seu vencimento.

16.2. O custeio do seguro será definido na Apólice/Certificado Individual do Seguro e poderá ser:

- a) **Contributário:** em que os segurados titulares pagam o custo do seguro (prêmio), total ou Parcialmente.
- b) **Não contributário:** em que os segurados titulares não pagam o custo do seguro (prêmio), de responsabilidade integral do Estipulante.

16.3. O custo do seguro (prêmio) será calculado na época da contratação do seguro coletivo, mediante a aplicação da taxa média estabelecida para o grupo segurável.

16.4. O pagamento do custo do seguro (prêmio) será efetuado de acordo com a periodicidade e data de vencimento estabelecida no contrato de seguro e a forma de pagamento será por fatura ao Estipulante.

16.5. Quando o prazo da operação de crédito for inferior a 1 (um) ano, o custo do seguro (prêmio) será calculado pró-rata dia.

16.6. Caso na data para o pagamento do custo do seguro (prêmio) não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.

16.7. O segurado poderá indicar na proposta a segunda opção de pagamento, para ser utilizado caso haja qualquer impedimento para realização de cobrança com fim de garantir a manutenção do seguro.

16.8. **Nos casos em que o pagamento dos prêmios for realizado por meio de débito em conta de depósito ou folha de pagamento é necessária a formalização prévia da autorização do débito.**

## 17. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO E PRAZO DE TOLERÂNCIA

17.1. **Em caso de não pagamento da parcela única do custo do seguro (prêmio) ou da 1ª (primeira) parcela, até a data do seu vencimento, o seguro não será efetivado.**

- 17.2.** Em caso de fracionamento do custo do seguro (prêmio), na falta de pagamento de qualquer parcela posterior à primeira, haverá tolerância de cobertura pelo período de 60 (sessenta) dias, contados a partir da parcela não paga com vencimento mais antigo.
- 17.3.** Após o prazo do item 17.2, a vigência da cobertura individual será ajustada em função do custo do seguro (prêmio) efetivamente pago, calculado “pró-rata dia”. Restabelecido o pagamento do prêmio antes do cancelamento ficará restaurado o prazo original da vigência da cobertura individual.
- 17.4.** Durante o período de tolerância o pagamento indenização não ficará prejudicado, **porém estará** condicionado a quitação das parcelas atrasadas.
- 17.5.** Em caso de atraso no pagamento do seguro, incidirá sobre o valor em atraso a atualização monetária e juros moratórios proporcional ao tempo, do primeiro dia útil posterior ao seu vencimento até a data do efetivo pagamento, observado o índice e juros aplicados previsto no item **29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.**
- 17.6.** **Caso as parcelas atrasadas não sejam pagas durante o período descrito no item 17.2, o seguro ficará de pleno direito cancelado e não poderá mais ser restabelecido, observada a vigência ajustada descrita no subitem 17.3. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitada as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre os contratos.**

## COMO ACIONAR O SEGURO (AVISO DE SINISTRO)

### 18. COMUNICAÇÃO

- 18.1.** Em caso de evento coberto, o Segurado ou o Beneficiário deverá formalizar o Aviso de Sinistro para a Seguradora por meio de Nossos Canais de Atendimento, imediatamente após o conhecimento do fato.

### 19. DOCUMENTOS

- 19.1.** Após o Aviso do Sinistro, poderão ser solicitados os seguintes **Documentos Básicos, sem prejuízo dos documentos específicos de cada cobertura:**
- a)** Número de identificação: Cadastro de Pessoa Física (CPF) e/ou Registro Geral (RG) e/ou Registro Nacional para Estrangeiros (RNE) e/ou Passaporte (com a identificação da expedição) e/ou outros documentos válidos em território nacional, acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição. No caso de Pessoa Jurídica, deverá ser apresentado o número de identificação do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou do Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ ou Cademp;
  - b)** Comprovante de residência ou declaração de prova de residência, nos termos da Lei 7.115/1983;
  - c)** Contrato da Operação de Crédito/Compromisso; e
  - d)** Autorização de Pagamento da Indenização.



- 19.2. Não serão admitidos documentos rasurados.**
- 19.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário ou familiares, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 19.4. A Seguradora poderá firmar convênios ou contratos com o Estipulante, instituições financeiras ou empresas que façam a administração de banco de dados para obter informações e documentos comprobatórios referente aos dados cadastrais necessários para a operação de seguros.**
- 19.5. A Seguradora poderá obter informações gerais também em órgãos oficiais para fins da execução do contrato de seguro.**
- 19.6. As informações obtidas em órgãos oficiais e por força de contratos e convênios poderão dispensar a exigência dos documentos e informações exigidos nesta cláusula.**
- 19.7. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares necessários à conclusão da análise de cobertura, além dos contratualmente previstos, em caso de dúvida fundada e justificável.**
- 19.8. A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará no encerramento do processo de sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do Beneficiário(s) com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.**
- 19.9. A solicitação de documentos e demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após a reclamação da indenização, não implicam, por si só, no reconhecimento da cobertura.**

## **20. JUNTA MÉDICA**

- 20.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a seguradora deverá propor ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.**
- 20.2. A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.**
- 20.3. O desempatador somente deverá se pronunciar se houver divergência entre os peritos nomeados pelas partes. Não havendo divergência prevalecerá a decisão dos peritos nomeados pelas partes.**
- 20.4. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo Segurado.**



- 20.5.** O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem e, caso as partes resolvam realizar nova junta médica, a parte que impossibilitou a realização da junta deverá arcar integralmente com as despesas da nova constituição.
- 20.6.** A ausência de manifestação ou recusa do Segurado para a realização da junta médica e/ou da perícia médica ensejará no encerramento do processo de sinistro sem indenização por impossibilidade da caracterização de uma das coberturas contratadas.

## **21. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**

- 21.1.** O pagamento da indenização, decorrente de evento coberto, será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data da entrega de todos os documentos e informações solicitados, em parcela única, salvo previsão em contrário na respectiva cobertura.
- 21.1.1** **Em caso de solicitação de documentos complementares este prazo será suspenso e voltará a correr a partir do primeiro dia útil seguinte àquele em que forem completamente atendidas às exigências.**
- 21.1.2** Após este prazo, o valor devido deverá ser atualizado, desde a data da caracterização do evento coberto, acrescido de juros de mora, aplicado a partir do primeiro dia útil posterior ao vencimento do prazo da regulação até a data do efetivo pagamento, observado o índice e juros especificados no item **29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.**
- 21.2.** **Havendo, conjuntamente, a Morte e/ou a Invalidez Permanente Total por Acidente de dois ou mais Segurados vinculados a mesma Apólice/Certificado Individual do Seguro, será paga somente uma indenização, limitada ao valor do Capital Segurado.**
- 21.3.** Caso haja o descumprimento do prazo para pagamento da indenização, a Seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da operação de crédito relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data do efetivo pagamento, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.

## **RENOVAÇÃO DO SEGURO**

### **22. RENOVAÇÃO**

- 22.1.** A renovação do seguro será automática, por uma única vez, por igual período ao contratado, devendo as renovações posteriores serem obrigatoriamente formalizadas.
- 22.2.** O Estipulante, no plano coletivo, poderá notificar à Seguradora caso não tenha interesse na renovação do seguro, mediante aviso o prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias e ficará obrigado a comunicar os segurados previamente sobre o término da vigência do seguro, por sua solicitação.
- 22.3.** Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice Coletiva, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência da data do término da sua vigência.

- 22.4. Caso o seguro coletivo não seja renovado, a vigência da Apólice será prorrogada apenas para contemplar o término da vigência dos Certificados Individuais dos Seguros emitidos dentro da sua vigência, observada o pagamento do valor do seguro, não sendo admitida novas adesões.**
- 22.5. A renovação de seguros coletivos não contributários ou que não implicar em alteração da Apólice Coletiva com ônus, atualização de taxas ou deveres adicionais para seguros já contratados poderá ser feita pelo Estipulante, caso contrário dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.**
- 22.6. Este seguro será por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o seguro na data de vencimento, sem a devolução dos custos de seguros (prêmios) pagos.**

## 23. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

- 23.1. A Seguradora poderá reavaliar as condições, taxas e o custo do seguro (prêmio), podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.**

## CANCELAMENTO DO SEGURO

### 24. REGRAS GERAIS

- 24.1. No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:**
- Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora, está reterá do valor do seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido até a data do efetivo cancelamento;**
  - Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, cancelamento por liquidação do saldo devedor da operação de crédito ou cancelamento por renovação da operação de crédito, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o custo do seguro (prêmio) calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto a seguir:**

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

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
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

**24.1.1** Para prazos não previstos na tabela de prazo curto, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

**24.2.** Quando se tratar de pagamento mensal do custo do seguro (prêmio), a cobertura permanecerá em vigor até o final do período de vigência da última parcela paga, não cabendo devolução.

**24.3.** Os valores de restituição devidos ao Segurado serão atualizados de acordo com o item **29 - Atualização Monetária e Juros**, a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

**24.4.** Os seguros não poderão ser canceladas durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

## **25. APÓLICE**

**25.1.** O contrato de seguro coletivo somente poderá ser cancelado, durante a vigência da apólice coletiva, mediante acordo entre as partes e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

**25.2.** O Estipulante é responsável pela obtenção e comprovação da anuência dos Segurados.

## **26. COBERTURA INDIVIDUAL**

**26.1. A cobertura do seguro individual termina, observada as condições contratuais do seguro:**

- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos Certificados Individuais dos Seguros, cujo custo do seguro (prêmio) tenha sido pago integralmente;**
- b) Em caso de cancelamento da Apólice;**
- c) Com a exclusão do segurado da Apólice;**
- d) Com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante e/ou Subestipulante;**
- e) Por Morte;**
- f) Por falta de pagamento do custo do seguro (prêmio);**
- g) A pedido do segurado, desde que devidamente formalizado, assinado e protocolado na Seguradora;**
- h) Por repactuação da operação de crédito sem a contratação do seguro; e**
- i) Por liquidação da operação de crédito.**

## **ESTIPULANTE**

## **27. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE**

**27.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas no contrato de seguro, constituem obrigações do Estipulante e do Subestipulante:**

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;**
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações da natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;**
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;**
- d) Pagar ou repassar os custos do seguro (prêmio) à Seguradora, conforme previstos contratualmente;**
- e) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato de seguro, quando for diretamente responsável pela sua administração;**

- f) **Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;**
- g) **Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer evento coberto ou sua expectativa, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.**
- h) **Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para o pagamento da indenização o seguro.**
- i) **Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e**
- j) **Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.**

**27.2. É vedado ao Estipulante e ao Subestipulante:**

- a) **Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora; e**
- b) **Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.**

**27.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos custos do seguro (prêmio) pelo Estipulante e Subestipulante, nos prazos contratualmente previstos, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.**

**27.4. Na hipótese de qualquer remuneração ao Estipulante/Subestipulante, o seu percentual ou valor constará na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro, devendo o segurado ser informado sempre que houver qualquer alteração.**

**27.5. Qualquer modificação na Apólice Coletiva vigente, para os riscos em curso, que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência previa e expressa dos segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado. Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.**

## **CONSIDERAÇÕES FINAS**

### **28. REGIME FINANCEIRO**

**28.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não há possibilidade técnica de qualquer devolução ou resgate, mesmo em caso de cancelamento do seguro.**

**28.2. Neste regime os custos do seguro pagos por todos os Segurados do plano deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.**

**Não há constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado.**

## **29. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS**

**29.1.** O não cumprimento do prazo de pagamento das obrigações contratuais implicará na atualização monetária do valor devido pela variação positiva do **IPCA/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.**

**29.1.1** No caso da extinção do índice acima ajustado, será utilizado o **IGPM/FGV - Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas.**

**29.2.** Os juros, fixados em 0,25% a.m. (vinte e cinco centésimos por cento ao mês), serão calculados proporcionalmente ao tempo, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato para o cumprimento da obrigação até a data do seu efetivo pagamento.

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

## **30. PROPAGANDA E PUBLICIDADE**

**30.1.** As comunicações, peças promocionais e de propaganda para a divulgação do seguro pelo Estipulante e Corretor, deverão respeitar rigorosamente as condições contratuais do seguro e a legislação, e só poderão ser divulgadas mediante prévia autorização da Seguradora, por escrito.

## **31. PRESCRIÇÃO**

**31.1.** Os prazos prescricionais serão os determinados em lei.

## **32. FORO**

**32.1.** Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para discutir questões judiciais.

**32.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

## **33. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

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

**33.3.** As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante na apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico **www.susep.gov.br**.

- 33.4.** Nós guardamos suas informações com todo cuidado e zelo, somos transparentes quanto ao seu uso e proteção. Sim, nós podemos compartilhar seus dados pessoais, mas somente com empresas que nos ajudam a cumprir nossos compromissos contigo, como empresas de assistência e resseguradores. Também podemos compartilhar seus dados com empresas de comunicação, de pesquisas e do nosso conglomerado econômico, sempre com o objetivo de aprimorar os produtos e serviços que oferecemos a você. Para saber mais sobre como tratamos seus dados pessoais, acesse: [www.bbseguros.com.br/politica-de-privacidade](http://www.bbseguros.com.br/politica-de-privacidade).

## CONSULTA AOS TERMOS TÉCNICOS (GLOSSÁRIO)

### ALIENAÇÃO MENTAL

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

### APARELHO LOCOMOTOR

Conjunto de estruturas do corpo humano destinadas ao seu deslocamento.

### APÓLICE

Documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do seguro individual ou coletivo.

### ATIVIDADE LABORATIVA

Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

### AVISO DE SINISTRO (COMO ACIONAR O SEGURO)

Comunicação imediata à Seguradora da ocorrência de evento passível de cobertura.

### BENEFICIÁRIO

Pessoa física ou jurídica indicada para receber o valor da indenização.

### CAPITAL SEGURADO

Termo utilizado para definir o valor máximo Segurado por cobertura, devido ao Beneficiário em caso de evento coberto.

### CARÊNCIA

Período em que o Beneficiário **não** terá direito ao Capital Segurado, no caso de evento coberto.

### CERTIFICADO INDIVIDUAL DO SEGURO

Documento individual emitido para cada segurado que formaliza a aceitação no seguro coletivo.

### COGNIÇÃO

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

### COMORIÊNCIA

É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

### COMPANHEIRO

Pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos no contrato de seguro.

### CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.



## CONDIÇÕES ESPECIAIS

Conjunto de disposições específicas de cada cobertura adicional, que podem alterar as condições gerais.

## CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de obrigações e condições comuns a todas as coberturas do seguro, que estabelecem os direitos e as obrigações das partes e dos Beneficiários.

## CORRETOR

Intermediário, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre Seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência, no exercício da profissão.**

## CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)

Importância paga para a Seguradora para a contratação do seguro. O custo líquido correspondente ao custo do seguro, sem impostos.

## DANO ESTÉTICO

Subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, sem a ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.

## DOCUMENTOS CONTRATUAIS

A apólice, o Certificado Individual do Seguro, as Propostas e o Endosso.

## DOENÇA EM FASE 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. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

## DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na Proposta de Adesão. É caracterizada pela omissão do diagnóstico e do tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde.

## ENDOSSO

Documento emitido pela Seguradora que formaliza qualquer alteração na Apólice ou no Certificado Individual do Seguro.

## ESTIPULANTE

Pessoa física ou jurídica que contrata Apólice coletiva e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante as Seguradoras, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

## FRANQUIA

Período contínuo de tempo fixado na Apólice e; ou no Certificado Individual do Seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Beneficiário não terá direito à cobertura do seguro.

## GRUPO SEGURADO

Totalidade de Segurados aceitos e incluídos na Apólice Coletiva.

## GRUPO SEGURÁVEL

Totalidade de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, incluindo o empresário e o microempreendedor individual, desde que reúnam as condições de elegibilidade para adesão ao seguro.

## INDENIZAÇÃO

Valor a ser pago ao Beneficiário pela Seguradora na ocorrência de evento coberto, limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data de ocorrência do evento, apurada conforme condições contratuais.

## PROGNÓSTICO

Avaliação médica baseada no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

## PROPONENTE

Pessoa física ou jurídica interessada em contratar o seguro.

## PROPOSTA

Documento, que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de contratar o seguro individual ou coletivo ou aderir ao seguro coletivo e manifesta pleno conhecimento das condições contratuais. Nos seguros coletivos o Estipulante assina a Proposta de Contratação, contendo as obrigações contratuais estabelecidas entre as partes e os Segurados assinam a Proposta de Adesão.

## RELATÓRIO MÉDICO

Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) sobre as condições físicas e de saúde do Segurado. **Não será aceito, para fins de caracterização da cobertura, documento emitido por médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependente, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

## SEGURADO

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

## SEGURADORA

Empresa legalmente autorizada a comercializar o seguro e que se responsabiliza por determinados riscos, mediante o recebimento do custo do seguro (prêmio).

## SEQUELA

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

## SINISTRO

Evento passível de cobertura, durante o período de vigência do seguro.

## SUBESTIPULANTE

É a pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o Estipulante, contrata o seguro em favor do grupo Segurado a que se vincule e os representa perante a Seguradora.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

## COBERTURAS BÁSICAS

### COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (MNA)

#### 1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Garante o pagamento ao Beneficiário do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental do Segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, observado o item 2.4 das Condições Gerais.

#### 2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, será considerado o valor vigente na data do falecimento do Segurado.

#### 3. DOCUMENTOS

- 3.1. Além dos documentos descritos no item **19 - DOCUMENTOS** das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes **Documentos Básicos**:
  - a) Certidão e Declaração de Óbito do Segurado;
  - b) Relatório do Médico (com a identificação do CRM, preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado), contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do Segurado, com a data da alta definitiva e a especificação da sequela com o respectivo grau de comprometimento do órgão ou membro;
  - c) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica; e
  - d) Exames médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico.

#### 4. RATIFICAÇÕES

- 4.1 Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.

### COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

#### 1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Garante ao Beneficiário o capital contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, nos termos do item 2.4 das Condições Gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

## 2. CAPITAL SEGURADO - DATA DO EVENTO

- 2.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, será considerada a data do óbito, decorrente de acidente pessoal coberto.

## 3. DOCUMENTOS

- 3.1. Além dos documentos descritos no item **19 - DOCUMENTOS** das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes *Documentos Básicos*:

- a) Certidão e Declaração de Óbito do Segurado;
- b) Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal - IML;
- c) Boletim de Ocorrência (B.O.);
- d) Laudo de Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- e) Laudo dos Exames Toxicológicos e de Dosagem Alcoólica ou Declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames;
- f) Habilitação do Segurado, no caso de morte ou invalidez na condução de veículos, aeronaves ou embarcações; e
- g) Comunicado de Acidente de Trabalho (C.A.T.)

## 4. RATIFICAÇÕES

- 4.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.

## COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

### 1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Garante o pagamento ao Beneficiário do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em **virtude de lesão física do Segurado, causada por Acidente Pessoal coberto, nos termos do item 2.4 das Condições Gerais**, ocorrido durante a vigência do seguro, em **caso de perda ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão a seguir relacionados**:

- a) **Perda total da visão de ambos os olhos;**
- b) **Perda total do uso de ambos os membros superiores;**
- c) **Perda total do uso de ambos os membros inferiores;**
- d) **Perda total do uso de ambas as mãos;**
- e) **Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;**
- f) **Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;**
- g) **Perda total de uso de ambos os pés;**

- h) **Alienação mental total e incurável; e**
- i) **Nefrectomia Bilateral.**

- 1.2. Para fins desta cobertura, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) aquela, avaliada quando da alta médica definitiva, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis e determine a perda total do uso do membro ou órgão.**
- 1.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, relacionado no item 1.1. destas Condições Especiais, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura.**
- 1.4. A indenização será paga deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, referente a perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente.**
- 1.5. Após o pagamento de indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente o seguro será imediata e automaticamente cancelado.** Nessa hipótese, eventual custo do seguro (prêmio) eventualmente pago após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

## **2. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 2.1. Além dos riscos descritos no item 3 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não cobre os eventos relacionados a ou ocorridos em consequência:**
- a) **Quaisquer doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
  - b) **Perdas de dentes e danos estéticos, exceto se decorrente de acidente coberto; e**
  - c) **Os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data de contratação do seguro.**

## **3. CAPITAL SEGURADO - DATA DO EVENTO**

- 3.1. Para determinação do Capital Segurado para pagamento da indenização do seguro desta cobertura será considerada a data do Acidente Pessoal coberto.**

## **4. DOCUMENTOS**

- 4.1. Além dos documentos descritos no item 19 - DOCUMENTOS das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes Documentos Básicos:**
- a) **Exame de Corpo Delíto;**
  - b) **Carta de concessão de aposentadoria;**

- c) Radiografias originais (do órgão ou parte do corpo afetado), com laudo radiológico ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma e eletroneuromiografia; e
- d) No caso de alienação mental, total e incurável, além da comprovação médica, será necessária também a **Certidão de Interdição Judicial Definitiva**.

**4.2. A Seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames realizados por médico de sua indicação para confirmar a existência ou o grau de invalidez.**

**4.3. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, sem qualquer ônus para o Segurado.**

## **5. CANCELAMENTO**

**5.1. Além do disposto no item 26 - Seguro Individual das Condições Gerais, o seguro termina, observada as condições contratuais do seguro, com o pagamento da indenização total da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).**

## **6. RATIFICAÇÃO**

**6.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.**

## **COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)**

### **1. RISCOS COBERTOS**

**1.1. Garante o pagamento ao Beneficiário do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de rescisão do contrato de trabalho do Segurado exclusivamente por parte do empregador, desde que sem justa causa.**

**1.1.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador, ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade acumulado nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior a 30 (trinta) dias.**

**1.1.2. Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 1.1.1 acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.**

**1.1.3. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.**

- 1.1.4.** Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de novo evento de desemprego involuntário.

## **2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1.1** Além dos riscos descritos no item 3 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, esta cobertura não cobre os eventos relacionados a ou ocorridos em consequência:

- a)** Da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador;
- b)** Do pedido de demissão pelo empregado;
- c)** Da adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- d)** De qualquer acordo entre empregado e empregador;
- e)** De dispensa do empregado por justa causa;
- f)** De jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- g)** Da perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- h)** Da prestação de Serviço Militar;
- i)** De campanhas de demissões em massa, que para efeitos do seguro será caracterizada pela demissão por Estipulante/Subestipulante de mais de 10% (dez por cento) de seu quadro pessoal, cuja apuração será realizada considerando a soma dos desligamentos no prazo de 6 (seis) meses contados a partir da primeira rescisão contratual de trabalho de um mesmo Estipulante;
- j)** Extinção automática ou término do contrato de trabalho com prazo determinado;
- k)** Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;
- l)** Segurados não considerados elegíveis a indenização;
- m)** Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência;
- n)** Proponentes que tenham cargo público;
- o)** Militares que sejam exonerados de suas funções; e

- p) **Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado, estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais.**

### 3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado será equivalente a quantidade de parcelas da operação de crédito contratada pelo Segurado junto ao Estipulante, especificada na Proposta de Contratação e no Certificado Individual do Seguro.
- 3.2. As parcelas serão indenizadas enquanto o segurado permanecer na condição de desempregado, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

### 4. DOCUMENTOS

- 4.1. Além dos documentos descritos no item **19 - DOCUMENTOS** das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes **Documentos Básicos**:
- a) Carteira de Trabalho (página da foto, da qualificação civil, da admissão e dispensa); e
  - b) Termo de rescisão de Contrato de Trabalho.

### 5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Para efeito desta cobertura considera-se data do evento, para a determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado:
- a) **Em caso de cumprimento de aviso prévio:** o dia anterior à data da comunicação do aviso prévio pelo empregador ao empregado; e
  - b) **Em caso de dispensa do cumprimento de aviso prévio:** o dia anterior à data de desligamento do segurado.

### 6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no subitem 1.1.4.

### 7. CARÊNCIA

- 7.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, será contado a partir do início de vigência individual do seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período, não que não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

### 8. FRANQUIA

- 8.1. É de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.



## 9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. Estão cobertos apenas os eventos ocorridos no território brasileiro.

## 10. RATIFICAÇÃO

10.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.

## COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IFTA)

### 1. RISCOS COBERTOS

1.1. Garante ao Beneficiário a indenização devida, limitada ao Capital Segurado contratado, em caso de acidente pessoal coberto, nos termos do item 2.4 das Condições Gerais, durante a vigência do seguro, que cause a incapacidade física temporária do segurado (profissional **autônomo**), de forma contínua e ininterrupta, para exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico.

1.2. **Para fins deste seguro, considera-se “Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente”** aquela pela qual o segurado comprove o impedimento temporário de exercer a sua atividade remunerativa habitual por período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos.

1.3. **Somente terá direito a esta garantia o Segurado, que comprove a condição de profissional autônomo.**

1.3.1. **Entende-se como profissional autônomo e liberal, todo aquele que exerce sua atividade profissional** sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, que comprove a condição, por meio de contrato social ou documento contábil da atividade, e a renda e que seja contribuinte regular da previdência social. A prestação de serviços à terceiros deve ser de forma eventual e não habitual.

1.4. **Após a caracterização do evento de Incapacidade Física Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de novo evento da mesma cobertura, após 6 (seis) meses ininterruptos, contados a partir da data do retorno comprovado a toda e qualquer atividade laborativa.**

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos descritos no item 3 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, esta cobertura não cobre os eventos relacionados a ou ocorridos em consequência:**

a) **Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, excetada a esterilização feminina e masculina;**

b) **Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores decorrentes de acidente pessoal coberto pelo seguro, e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;**

- c) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**
- d) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- e) Doenças degenerativas da coluna vertebral;**
- f) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);**
- g) Doenças crônicas, degenerativas de sistema músculo-esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos, mesmo em fase aguda;**
- h) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;**
- i) Eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo Segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei e pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículos, embarcações, aeronaves e automotor;**
- j) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
- k) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;**
- l) Entesopatia, entorses, distensões, contusões;**
- m) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;**
- n) Fraturas patológicas;**
- o) Lesões Infra-articulares de joelho;**
- p) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;**
- q) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);**
- r) Síndromes compressivas nervosas;**
- s) Diálises e hemodiálises;**
- t) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrente de doença;**
- u) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que não decorrentes de acidentes pessoais coberto;**
- v) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetuando gastroplastia em casos de síndrome metabólica;**

- w) **Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;**
- x) **Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- y) **Doenças mentais ou psiquiátricas; e**
- z) **Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.**

### **3. CAPITAL SEGURADO**

- 3.1. O Capital Segurado será equivalente a quantidade de parcelas da operação de crédito contratada pelo Segurado junto ao Estipulante, especificada na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro. As parcelas serão indenizadas enquanto o segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.
- 3.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa, indicada na declaração médica.

### **4. DOCUMENTOS**

- 4.1. Além dos documentos descritos no item **19 - DOCUMENTOS** das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes **Documentos Básicos**:
  - a) Exames Médicos.

### **5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no subitem 1.3.

### **6. FRANQUIA**

- 6.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido na apólice e no Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

### **7. RATIFICAÇÃO**

- 7.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.

## COBERTURA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD

### 1. RISCOS COBERTOS

- 1.1.** Garante o pagamento ao Beneficiário da indenização devida, limitada ao Capital Segurado contratado para esta cobertura, caso seja caracterizada, na vigência do seguro, a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado sua Perda da Existência Independente do segurado, sob critérios devidamente especificados a seguir.
- 1.2.** Para efeito desta cobertura é considerada Perda da Existência Independente do Segurado a comprovada ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das suas relações autonômicas.
- 1.3.** Também será considerado como total e permanentemente inválido, para efeitos desta cobertura, o segurado portador de doença em fase terminal atestada por médico legalmente habilitado.
- 1.4. Estão cobertos os seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, devidamente comprovados, exclusivamente provenientes de doença:**
- a)** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”, entendida como a doença relacionada às afecções do coração considerada grave e que atenda os seguintes critérios de forma conjunta: **(1)** Classe funcional III ou IV da NYHA (New York Heart Association); **(2)** Fração de ejeção mensurada no ecodopplercardiograma inferior a 0,35% (trinta e cinco centésimos por cento); e **(3)** Que após o uso de todos os recursos terapêuticos aplicados à cardiopatia por 1 (um) ano consecutivo e ininterrupto, não se obterem levar à melhora da condição clínica do segurado;
  - 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);
  - 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 do corpo humano, em grau máximo;
  - f)** Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal, considerada como a capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio;
  - g)** Deficiência visual, decorrente de doença: **(1)** Cegueira (acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica); **(2)** Baixa

visão (acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica); **(3)** Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou **(4)** 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 médico legalmente habilitado;
- i)** Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados: **(1)** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; **(2)** Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; **(3)** Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada a de um dos pés.

**1.5. Demais Riscos Cobertos** - Outros Quadros Clínicos Incapacitantes poderão ser reconhecidos como Riscos Cobertos, **desde que atinja a pontuação mínima exigida de 90 (noventa) pontos** nas tabelas do **Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF)**, composto pela análise conjunta dos documentos a seguir:

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF**  
**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS**  
**E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
<b>RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</b>	<b>1º GRAU:</b> O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	<b>2º GRAU:</b> 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
	<b>3º GRAU:</b> 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	ESCALAS	PONTOS
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR 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 AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

**1.5.1. A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos** avalia, através de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (**Atributos**).

1.5.1.1. Entende-se por:

- a) **“Estados Conexos”** - o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo;
- b) **“Conectividade com a Vida”** – a capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca; e
- c) **“Auxílio”** - ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

1.5.1.2. O 1º (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 previstas forem reconhecidas.**

1.5.1.3. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

1.5.1.4. **Todos os Atributos constantes na tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.** 1.5.2. A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza os seguintes itens:

**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 2 (DOIS) FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

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



**1.5.2.2.** Entende-se por “**Dados Antropométricos**”, o peso e a altura do segurado.

**1.5.2.3.** A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações acima previstas;

## **2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1.** Além dos riscos descritos no item 3 - **RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionada a:

- a) **A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) **A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida como aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo segurado;**
- c) **Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;**
- d) **As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo segurado, em qualquer tempo pregresso;**
- e) **A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;**
- f) **As doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e/ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas; e**
- g) **Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do segurado.**

## **2.2. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DOCUMENTOS**

**2.2.1.** **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa cobertura, devendo ser comprovada por relatório médico; e**

**2.2.2.** **A Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem exclusivamente 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.

### **3. CAPITAL SEGURADO**

- 3.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do evento coberto do seguro vigente na data da caracterização do evento, respeitado os limites estabelecidos na contratação.
- 3.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob a forma de parcela única.

### **4. DATA DO EVENTO**

- 4.1. Para efeito desta cobertura considera-se data do evento, para a determinação do Capital Segurado, a data da caracterização da Invalidez Funcional e Permanente Total por Doença, indicada no Relatório Médico de que trata o item 6 - DOCUMENTOS desta condição especial.
- 4.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será especificada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

### **5. CANCELAMENTO**

- 5.1. Além do disposto no item 26 - Seguro Individual das Condições Gerais, a cobertura termina, observada as condições contratuais do seguro, com o pagamento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD).

### **6. DOCUMENTOS**

- 6.1. Além dos documentos descritos no item 19 - DOCUMENTOS das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes Documentos Básicos:
  - 6.1.1. Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico do segurado; e
  - 6.1.2. 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.
- 6.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada no relatório médico devidamente preenchido e assinado por médico do segurado.
- 6.3. Do relatório médico deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante coberto, com a indicação da data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

## **7. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO**

- 7.1. As despesas efetuadas com a avaliação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.**
- 7.2. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do evento não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.**

## **8. RATIFICAÇÃO**

- 8.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.**

## **CONDIÇÕES PARTICULARES**

### **EXCEDENTE TÉCNICO**

#### **1. PARTICIPAÇÃO NO EXCEDENTE TÉCNICO**

- 1.1. Este seguro poderá prever, mediante acordo entre as partes, a distribuição de excedente técnico, constituído pelo saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico da Apólice coletiva em determinado período.**
- 1.2. Se previsto, será garantido ao Estipulante/Subestipulante a participação no excedente técnico da Apólice, apurado após cada ano de vigência do seguro.**

#### **2. APURAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO**

- 2.1. São consideradas Receitas, para fins de apuração dos resultados técnicos:**
- a) Custos do seguro (prêmios) de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e**
  - b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.**
- 2.2. São consideradas Despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos:**
- a) Comissões de corretagem pagas durante o período;**
  - b) Comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;**
  - c) Comissões de agenciamento pagas durante o período;**
  - d) Tributos (IOF, COFINS e PIS) incidentes sobre a operação de seguros;**
  - e) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados nas apurações de períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;**
  - f) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;**

- g) O valor correspondente à estimativa de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR), calculado com base no percentual fixado na época da implantação ou renovação da Apólice, aplicável sobre os sinistros avisados no decorrer da vigência da Apólice;
- h) Despesas efetivas de administração, calculadas pelo percentual definido nas condições contratuais, sobre os custos do seguro efetivamente pagos; e
- i) Outras despesas extraordinárias.

**2.3.** As receitas e as despesas serão atualizadas monetariamente, conforme o especificado no item **29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS**, desde: São consideradas Despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) O respectivo pagamento, para custos do seguro e comissões;
- b) A data de aviso à Seguradora, para os sinistros;
- c) As datas em que incorreram, para as despesas de administração; e
- d) A respectiva apuração, para os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados.

**2.4.** O resultado técnico será atualizado monetariamente desde o término do período de apuração até a data da distribuição do excedente técnico no percentual fixado na Apólice.

### **3. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO**

**3.1.** A participação no excedente técnico está condicionada a que a Apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, a média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados principais.

**3.2.** A distribuição de excedentes técnicos será realizada após o término do prazo estabelecido na Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, **vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.**

**3.3.** Por se tratar de seguro não contributivo, o excedente técnico será distribuído integralmente ao Estipulante.

**3.4.** Serão deduzidos no excedente técnico, no ato de seu pagamento, todos os impostos que por lei, a Seguradora for obrigada a recolher.

**3.5.** As condições para o Pagamento do Excedente no caso de cancelamento do seguro serão realizadas conforme a Proposta de Contratação firmada entre a Seguradora e o Estipulante.