

**CONDIÇÕES GERAIS
PANPROTEGE PROTEÇÃO FINANCEIRA**

ÍNDICE

GLOSSÁRIO - Termos utilizados nesta modalidade de seguro	04
CONDIÇÕES GERAIS - SEGURO PANPROTEGE PROTEÇÃO FINANCEIRA	11
1. Objetivo do Seguro	11
2. Partes Contratantes	11
2.1. Obrigações e Responsabilidades do Estipulante	11
3. Coberturas do Seguro	12
3.1. Cobertura Básica	12
3.2. Coberturas Adicionais	12
3.3. Condições para aceitação e contratação das coberturas	19
4. Riscos Excluídos	20
4.1. Todas as Coberturas	20
4.2. Da IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente	20
4.3. Do DI – Desemprego Involuntário (CLT)	21
4.4. Da ITT – Incapacidade Física Total e Temporária (Profissional Liberal/Autônomo) ..	21
4.5. Da IFPD – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença	22
4.6. Da ILPD - Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença	22
4.7. Exclusão para Atos Terroristas	22
4.8. Do suicídio	23
5. Condições de Elegibilidade	23
5.1. Morte, IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente, IFPD - Invalidez Funcional Permanente Total	23
5.2. DI – Desemprego Involuntário (CLT)	23
5.3. ITT – Incapacidade Física Total e Temporária (Profissional Liberal/Autônomo)	23
6. Capital Segurado	24
6.1. Data do Evento	24
6.2. Contratação de vários empréstimos para o mesmo Segurado	25
7. Carências	25
8. Franquia	25
9. Aceitação do Seguro	26
10. Vigência, Alteração e Renovação da Apólice	27
10.1. Início de Vigência da Cobertura Individual	28
11. Atualização do Capital Segurado	28
12. Pagamento do Prêmio	28
12.1. De acordo com as características do seguro haverá devolução de prêmio	29
13. Cancelamento do Seguro	30
14. Perda do Direito à Indenização	31
15. Beneficiário	32
16. Regulação de Sinistros	33
16.1. Relação de documentos a serem enviados à Seguradora	33
16.2. Documentos que comprovam residência	36
17. Liquidação de Sinistros	36
17.1. Prazo para liquidação do sinistro	37
18. Junta Médica	37
19. Perícia da Seguradora	38
20. Transferência de Direitos e Obrigações	38
21. Foro	38
22. Âmbito Geográfico	38
23. Prescrição	39
24. Disposições Finais	39

GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS

1. **Acidente Pessoal:**

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente 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:**

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

b) **NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal:**

- **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **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 Esforço Repetitivo - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Contínuo ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.**

2. **Agravo Mórbido:**

Piora de uma doença.

3. **Alienação Mental:**

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

4. **Aparelho Locomotor:**

Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

5. **Apólice:**

É o documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

- 6. Assistido:**
É o beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.
- 7. Auxílio:**
Ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 8. Beneficiário:**
É (são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 9. Capital Segurado:**
É o valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 10. Cardiopatia Grave:**
Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 11. Carência (prazo de carência):**
É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 12. Certificado Individual:**
É o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.
- 13. Coberturas:**
São as garantias contratadas pelo Segurado e concedidas pela Seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas Condições Gerais.
- 14. Cognição:**
Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 15. Condições Contratuais:**
É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Particulares, da apólice e, quando for o caso de Plano Coletivo, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 16. Condições Gerais:**
É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
- 17. Conectividade com a Vida:**
Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 18. Consignante:**
É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.
- 19. Consumo:**
Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

- 20. Contrato:**

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.
- 21. Corretor:**

É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 22. Dados Antropométricos:**

No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 23. Deambular:**

Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 24. 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.
- 25. Deficiência Visual:**

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 26. Disfunção Imunológica:**

Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 27. Doença Crônica:**

Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 28. Doença Crônica em Atividade:**

Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 29. Doença Crônica de Caráter Progressivo:**

Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 30. 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.
- 31. Doença Neoplásica Maligna Ativa:**

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

É toda doença, inclusive congênita, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro e não declaradas na proposta de adesão.
- 33. Doença Profissional:**

Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

- 34. Estados Conexos:**
Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 35. Estipulante:**
É a 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 estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.
- 36. Evento Coberto:**
É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.
- 37. Fatores de Risco e Morbidade:**
Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 38. Formulário de Aviso de Sinistro:**
É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
- 39. Franquia:**
Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 40. Garantias:**
São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 41. Grupo Segurado:**
É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 42. Grupo Segurável:**
É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 43. Hígido:**
Saudável.
- 44. IPC-A:**
Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. A coleta de preços é feita mensalmente entre os dias 1º e 30 do mês de referência, com divulgação em aproximadamente 8 dias úteis.
- 45. Indenização:**
Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 46. Início de Vigência:**
É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.
- 47. Instituição Financeira:**
Pessoa jurídica cedente de um crédito a uma pessoa física ou jurídica, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas no Contrato.

- 48. Laudo Médico:**
Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 49. Médico Assistente:**
É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- 50. Migração de Apólices:**
É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- 51. Período de Cobertura:**
Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 52. Prêmio:**
Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 53. Prêmio Líquido**
Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 54. Prognóstico:**
Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 55. Proponente:**
O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 56. Proposta de Adesão:**
É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento do Contrato.
- 57. Proposta de Contratação:**
Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 58. Quadro Clínico:**
Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 59. Reabilitação do Seguro:**
É o restabelecimento, dentro do prazo de suspensão, das coberturas contratadas.
- 60. Recidiva:**
Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 61. Refratariedade Terapêutica:**
Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

- 62. Relações Existenciais:**
Aqueles que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 63. Renda:**
Série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano.
- 64. Riscos Excluídos:**
São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
- 65. Segurado:**
Pessoa física ou jurídica que contratou o seguro.
- 66. Seguradora:**
É a **PAN SEGUROS S.A.**, companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.
- 67. Seguro Contributário:**
Aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcial do seguro.
- 68. Seguro Não-Contributário:**
Aquele em que o Estipulante paga o prêmio total do seguro.
- 69. Sentido de Orientação:**
Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 70. Sequela:**
Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 71. Sinistro:**
A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 72. Transferência Corporal:**
Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
- 73. Vigência do Seguro:**
É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.
- 74. Vigência da Cobertura Individual:**
É o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

CONDIÇÕES GERAIS PANPROTEGE PROTEÇÃO FINANCEIRA

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir a quitação parcial ou total da dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao valor do Capital Segurado, observado os limites contratados, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, desde que respeitadas as Condições Contratuais.

2. PARTES CONTRATANTES

São partes contratantes deste seguro a Seguradora **PAN SEGUROS S.A.**, o Estipulante (pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro prestamista) e o segurado (que integra o grupo segurado por meio da proposta de adesão).

2.1. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE:

- I. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais;
- II. 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 as Condições Contratuais;
- III. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107/2004, quando este for de sua responsabilidade;
- V. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- VI. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VII. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- VIII. 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 esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- IX. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- X. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- XI. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- XII. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o 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.
- XIII. Não vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

2.1.1. Além das obrigações citadas no subitem 2.1, o Estipulante deverá observar que:

“O Seguro PANPROTEGE PROTEÇÃO FINANCEIRA é pessoal e intransferível. Na possibilidade de ocorrer alteração contratual para substituição do financiado, a cobertura do seguro não será transferida do financiado/creditado para o outro adquirente.”

Ocorrendo esta situação, o Estipulante deverá comunicar de imediato a Seguradora, para que esta providencie o cancelamento do seguro. Para os seguros com modalidade de cobrança de “prêmio único” no caso de haver restituição proporcional do prêmio, este será pago em favor do Segurado.

3. DO SEGURO

As coberturas abrangidas por este seguro estão definidas no respectivo Contrato, sendo seus termos

descritos nestas Condições Gerais, em conformidade com o Estipulante e Segurado.

As coberturas do seguro, a seguir descritas, dividem-se em básica e adicionais:

3.1. COBERTURA BÁSICA: pode ser contratada isoladamente

• **MORTE**

Garante o pagamento de uma indenização, equivalente ao saldo devedor de responsabilidade do Segurado em favor do Estipulante, limitada ao valor do capital segurado contratado, no caso de **morte do segurado**, seja qual for a causa, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos expressamente excluídos da cobertura mencionados nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS: em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da cobertura básica.

• **IPTA - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE,**

Garante o pagamento de uma indenização, equivalente ao saldo devedor de responsabilidade do Segurado em favor do Estipulante, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o Segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.

Esta garantia não cobre a invalidez parcial do segurado, qualquer que seja o seu grau e ainda que decorrente de acidente.

O capital segurado desta garantia corresponderá a 100% (cem por cento) da cobertura básica.

Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, 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 e ocorridos durante a vigência da apólice, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados as demais cláusulas destas Condições Gerais e das demais condições contratuais:**

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os braços;
- Perda total do uso de ambas as pernas;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um braço e uma perna;
- Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;
- Alienação mental total e incurável; e
- Nefrectomia bilateral.

As indenizações por **MORTE** e **IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente** não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente total por acidente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, a indenização por morte não será devida, uma vez que o seguro já estará cancelado, através do pagamento da primeira ocorrência.

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por invalidez

permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido do grau de invalidez total e definitiva.

Nos casos não especificados, a indenização será concedida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, desde que superior a 70% (setenta por cento), independentemente de sua profissão.

• **PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (CLT)**

Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado individual contratado para a mesma no caso de perda de renda por desemprego involuntário do Segurado com vínculo empregatício conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho), **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados as demais cláusulas destas Condições Gerais e das demais condições contratuais.**

Desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do Capital Segurado contratado, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis **definidos no Contrato.**

Para fins desta cobertura entende-se como “perda de renda” por desemprego involuntário a dispensa do segurado por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa, e que fique o segurado sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

Em caso de **Perda de Renda por Desemprego Involuntário** a indenização fica limitada a uma única ocorrência durante a vigência da apólice.

• **PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO)**

Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado individual em caso de afastamento do segurado das suas atividades profissionais, total e temporário, involuntário e comprovado, por motivo de acidente pessoal ou doença coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados as demais cláusulas destas Condições Gerais e das demais condições contratuais.**

Desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do Capital Segurado contratado, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis **definidos no Contrato.**

A Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária se caracteriza pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, por um período superior a 15 (quinze) dias consecutivos, em decorrência de acidente ou doença.

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

Em caso de Perda de **Renda por Incapacidade Física Total e Temporária** a indenização fica limitada a uma única ocorrência durante a vigência da apólice.

• **IFPD - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA,**

Garante o pagamento de uma indenização, equivalente ao saldo devedor de responsabilidade do Segurado em favor do Estipulante, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o Segurado sofra invalidez funcional permanente total em consequência de doença ocorrida durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.

O risco coberto por esta cobertura é a invalidez funcional permanente total em consequência exclusiva de doença coberta, que cause a perda da existência independente do Segurado.

A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de um dos quadros clínicos incapacitantes abaixo, decorrente exclusivamente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado e que deverão ser comprovados através dos parâmetros e documentos especificados na cláusula 16. REGULAÇÃO DE SINISTROS destas Condições Gerais:

- 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 proveniente de:
 - 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) Estados mórbidos, decorrentes de doença, que acarretem:
 - 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.
- i) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, que integra estas Condições Gerais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por duas tabelas:

- a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia, através de 3 escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida.
 - O 1° grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
 - Para a classificação no 2° ou no 3° grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.
- b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações ali previstas.

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

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

As indenizações por **MORTE** e **IFPD - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença** não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por IFPD, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, a indenização por morte não será devida, uma vez que o seguro já estará cancelado, através do pagamento da primeira ocorrência.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA 1

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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 pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º Grau: o segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º Grau: o segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º Grau: o segurado apresenta-se 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.	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 técnico.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONNECTIVIDADE 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 autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	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 fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º Grau: o segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diário, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA 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.	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 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

• ILPD - INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Garante o pagamento de uma indenização, equivalente ao saldo devedor de responsabilidade do Segurado em favor do Estipulante, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o Segurado sofra invalidez laborativa permanente total em consequência de doença ocorrida durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.

Entende-se como invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

A atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro do período de 1 (um) ano, a contar retroativamente à data do evento que deu origem à invalidez laborativa pleiteada pelo Segurado.

Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeito da cobertura de que trata esta cláusula, os Segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.

Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa. Esta proibição estende-se aos Segurados aposentados no início ou durante a vigência do seguro, sendo que os Segurados que se aposentarem durante a vigência deverão comunicar este fato à Seguradora para a devida exclusão da cobertura e redução do prêmio.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, comprovação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, para fins desta cobertura.

As indenizações por **MORTE** e **ILPD - Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença** não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por ILPD, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, a indenização por morte não será devida, uma vez que o seguro já estará cancelado, através do pagamento da primeira ocorrência.

3.3. Condições para aceitação e contratação das coberturas:

- a) A cobertura básica é de contratação obrigatória;
- b) As coberturas adicionais são livremente escolhidas pelo Estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da cobertura básica;
- c) O conjunto de coberturas contratado será concedido para todo o grupo segurado, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada indivíduo;
- d) As coberturas de **Perda de Renda por Desemprego Involuntário (CLT)** e **Perda de Renda por**

Incapacidade Física Total e Temporária (Profissional Liberal/Autônomo) não podem ser contratadas simultaneamente para um mesmo Segurado. Na contratação, se for o caso, o Segurado poderá optar pela cobertura que cubra a ocupação que gere a maior parte do seu rendimento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Todas as Coberturas

Estão expressamente excluídos **de todas as coberturas (básica e adicionais) deste seguro** os eventos ocorridos em consequência:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, 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, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) De doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
- d) De danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro, ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes;
- e) De automutilações e lesões auto-infligidas;
- f) Do suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
- g) De inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- h) De intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) De epidemias e pandemias declaradas pelo órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- j) De dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
- k) Da participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- l) De envenenamento em caráter coletivo; e
- m) De sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

4.2. Da IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente

No caso de IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente, além das exclusões mencionadas na cláusula 4.1, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) Acidentes médicos;
- c) Tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- d) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- e) Viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- f) Perda de dentes e os danos estéticos; e
- g) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4.3. Da Perda de Renda por Desemprego Involuntário (CLT)

No caso de “perda de renda” por Desemprego Involuntário, além das exclusões mencionadas na cláusula 4.1, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- d) Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em Diário Oficial;
- g) Falência;
- h) Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- i) Aposentadorias;
- j) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- k) Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro; e

4.4. Da Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (Profissional Liberal / Autônomo)

No caso de “perda de renda” por Incapacidade Física Total e Temporária, além das exclusões mencionadas na cláusula 4.1, não estão cobertos os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro e não declaradas na proposta de adesão, para as
- b) Quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- c) Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- d) Prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;
- e) Hospitalização para a realização de exames de rotina;
- f) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- g) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- h) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- i) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
- k) Lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

Estão excluídos, ainda, da cobertura adicional de “perda de renda” por Incapacidade Física Total Temporária os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade regular remunerada.

4.5. Da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

No caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, além das exclusões mencionadas na cláusula 4.1, não estão abrangidos por esta 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 seguintes eventos:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;
- c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4.6. Da Invalidez Laborativa Permanente Total Por Doença (ILPD)

Conforme cláusula 4.1 destas Condições Gerais.

4.7. Exclusão para Atos Terroristas

Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.8. Do Suicídio

De acordo com o artigo 798 do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10.01.2002), o beneficiário não terá direito ao capital estipulado quando o segurado cometer suicídio nos 02 (dois) primeiros anos de

vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso. Ou seja, no caso de suspensão da vigência do seguro e posterior recondução o prazo de 02 (dois) anos voltará a contar o prazo. Igualmente, o segurado não terá direito a qualquer indenização decorrente deste contrato se tentar suicídio nos primeiros 02 (dois) anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, e desta resultar qualquer tipo de invalidez.

5. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

5.1. Morte, IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente, IFPD - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e ILPD - Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença:

São elegíveis para as coberturas de MORTE, IPTA, IFPD e ILPD todas as pessoas físicas que possuem vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data de contratação do Seguro e que se encontrem em perfeitas condições de saúde.

5.2. Perda de Renda por Desemprego Involuntário (CLT)

São elegíveis para a cobertura adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do Seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, **comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador**, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

5.3. Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (Profissional Liberal/autônomo)

São elegíveis para a cobertura adicional de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possam comprovar a atividade exercida por meio dos documentos relacionados no item 16 – Regulação de Sinistros, destas Condições Gerais, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da adesão ao Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao Seguro.

Para fins do seguro PANPROTEGE PROTEÇÃO FINANCEIRA, o segurado será sempre a pessoa física que figure como responsável financeiro e, quando este responsável financeiro for uma pessoa jurídica, consideraremos o sócio mais velho ou conforme condições contratuais o sócio majoritário, desde que dentro das condições de aceitação do seguro. Caso o mais velho não cumpra com as condições de elegibilidade previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, considerar-se-á o 1º sócio subsequente mais velho e/ou de acordo com a ordem societária, e assim sucessivamente.

6. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado é valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento, estabelecido no Contrato.

6.1. Data do evento:

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da Seguradora, considera-se como data do evento, quando da regulação do sinistro:

- a) Na cobertura básica de MORTE, tomar-se-á como data do sinistro a data do óbito;
- b) Na cobertura adicional de IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente, considerar-se-á como data do sinistro a data do acidente;
- c) Na cobertura adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, tomar-se-á como data do sinistro a data do rompimento do vínculo empregatício;
- d) Na cobertura adicional de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária, tomar-se-á como data do sinistro a data do laudo médico atestando a incapacidade física total e temporária.

- e) Na cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), tomar-se-á como data do sinistro a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será registrada 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.
- f) Na cobertura adicional de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), tomar-se-á como data do sinistro a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença será registrada 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.

O Capital Segurado deverá sempre estar diretamente ligado ao valor da dívida contraída, do compromisso assumido ou do valor do crédito obtido pelo Segurado junto ao Estipulante.

Para seguros onde o capital segurado seja o correspondente a determinado número de mensalidades, este deverá ser previamente fixado no Contrato.

6.2. **Contratação de vários empréstimos para o mesmo Segurado:**

Quando da contratação de vários empréstimos ou financiamentos para o mesmo Segurado, a soma dos Capitais Segurados em um ou mais contratos não poderá exceder o limite máximo de aceitação de conformidade com o Contrato deste seguro. A Seguradora não aceitará o risco excedente e devolverá eventual prêmio recebido a maior.

A aceitação, pela seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

7. **CARÊNCIAS**

O período de **carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual** referente a cada **empréstimo/financiamento**, ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, sendo estabelecido nas propostas, no Contrato, na apólice e no certificado individual, quando aplicado, para cada cobertura.

Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em quaisquer das coberturas contratadas, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou de sua recondução depois de suspenso.

Poderão ser estabelecidos os seguintes períodos máximos de carência:

- Cobertura Básica de Morte: para eventos decorrentes de causas naturais ou doença, 180 (cento e oitenta) dias.
- Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (CLT): 90 (noventa) dias.
- Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (Profissional Liberal / Autônomo): para eventos decorrentes de doença, 90 (noventa) dias.
- Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): 180 (cento e oitenta) dias.
- Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): 180 (cento e oitenta) dias.

O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.

8. **FRANQUIA**

É o **período, em dias, contado a partir da data do evento coberto**, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

A franquia é deduzida por evento e, quando adotada, constará nas propostas, no contrato, na apólice e no certificado individual.

Poderão ser estabelecidos os seguintes períodos máximos de franquia:

- Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (CLT): 30 (trinta) dias.
- Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (Profissional Liberal / Autônomo): 15 (quinze) dias.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, na qual o Proponente declara ter conhecimento prévio na íntegra das Condições Gerais e do Contrato do seguro, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

Com base nas declarações prestadas pelo Proponente na proposta de adesão do seguro, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam as seguintes condições:

- a) Estar em condições normais de saúde;
- b) Estar em atividade normal no trabalho ou, no caso de aposentados, somente por tempo de serviço;
- c) Ter mais de **18 (dezoito)** anos e menos de **70 (setenta) anos completos**, na data de sua inclusão no seguro.

O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão, devidamente protocolada em relógio datador, com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

A Seguradora poderá solicitar, apenas uma vez, caso o proponente do seguro seja pessoa física, ou mais de uma vez, se o proponente for pessoa jurídica e, neste caso, mediante indicação dos fundamentos do pedido de novos elementos, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação, devidamente protocolada em relógio datador.

A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

A aceitação do Proponente no seguro será caracterizada pela emissão do Certificado Individual, em seu nome, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais informações pertinentes ao seu seguro.

O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, toda e qualquer lesão ou doença preexistente ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

Se a Seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

Em caso de recusa do risco **em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora** para pagamento parcial ou total de prêmio, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta e a data da formalização da recusa, sendo o valor do adiantamento devido no momento dessa formalização e devendo ser restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela "*pro rata temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

10. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

A apólice é emitida pelo prazo determinado e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.

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

As demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordadas pelas partes. **Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar sua decisão aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.**

A renovação poderá ser feita mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que não acarrete ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

Será emitido pela Seguradora o Certificado Individual do seguro, contendo, no mínimo, a data de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada cobertura contratada e o prêmio total.

Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, observando-se que qualquer modificação que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-actuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuência prévia e expressa do Estipulante e dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, não prejudicando em hipótese alguma, os Segurados vigentes na apólice até a data da vigência da nova reavaliação das taxas.

10.1. Início de Vigência da Cobertura Individual

As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 hs das datas para tal fim neles indicadas.

Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

A cobertura do seguro estará suspensa com a inadimplência ou atraso por parte do Segurado relativa ao pagamento do prêmio do seguro junto ao Estipulante.

11. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Os Capitais Segurados serão estabelecidos na apólice e poderão ser revistos a qualquer momento, a pedido do Estipulante, desde que expressamente aceitos pela Seguradora, sem qualquer prejuízo aos Segurados.

Qualquer aumento dos Capitais implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.

Os capitais segurados representarão saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos Segurados e serão variáveis de acordo com o valor da dívida, podendo ser recalculados no mínimo mensalmente e no máximo a cada 12 (doze) meses.

Os prêmios poderão ser previamente definidos sem a necessidade de recálculo futuro, baseados no capital segurado médio do período de cobertura, ou ser recalculados na mesma periodicidade dos capitais. O critério será determinado no contrato.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:

- **Não-Contributário:** quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.
- **Contributário:** quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

O prêmio do seguro poderá ser pago sob forma de “prêmio único” ou em “parcelas mensais” durante o período de vigência da apólice e a forma de cobrança deste seguro está estabelecida no Contrato.

Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponder a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento de tal parcela do prêmio poderá ser paga no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de coberturas.

Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio ao Estipulante que deverá repassá-lo à Seguradora até a data de vencimento das faturas.

Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Estipulante/Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

O não pagamento do prêmio por parte do Segurado ou do Estipulante nos prazos estipulados acarretará a suspensão das coberturas deste seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o pagamento do prêmio for retomado, desde que não superior a 30 (trinta) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago.

Nos seguros “contributários” e de “prêmio único”, desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante, ainda que esses não tenham sido repassados para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.

Por se tratar de seguro com vigência determinada, o pagamento de uma parcela mensal não quita nem dá direito ao Segurado à cobertura do seguro se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura que o pagamento se refere.

12.1 De acordo com as características do seguro haverá devolução de prêmio nas disposições a seguir:

- Quando adotado o pagamento sob forma de “prêmio único”, na hipótese de cancelamento do seguro por iniciativa de quaisquer das partes e com a concordância recíproca (Segurado e Estipulante), a Seguradora reterá do prêmio recebido, no máximo, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “*pro rata temporis*”.
- Quando da quitação antecipada da dívida pelo Segurado, desde que com anuência do Estipulante, na base “*pro rata temporis*”.

No caso de suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, será devolvido o prêmio pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio. Esta regra se aplica quando a forma de pagamento for “prêmio único”.

É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada.

O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações mencionadas nas Condições Gerais e no Contrato,

inclusive a cobrança e pagamento de prêmios nos prazos das respectivas faturas.

Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

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

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

Fica automaticamente cancelado a apólice de seguro quando:

- a) Qualquer fatura referente ao prêmio de seguro não for paga em até 30 (trinta) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do inadimplemento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.
- b) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo Estipulante, e com anuência prévia recíproca. Deverá haver anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 do grupo segurado, devendo observar as disposições no subitem 12.1 destas Condições Gerais.
O cancelamento somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.
- c) Com o término de vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- d) Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora;
- e) Quando o Segurado, seus representantes legais ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação no contrato de seguro, durante sua vigência, ou, ainda, para obter ou majorar a indenização, sem direito a restituição de prêmio;
- f) Em caso de transferência do financiamento à outra pessoa física ou jurídica;
- g) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro;
- h) Com o vencimento da última parcela do contrato de financiamento ou com a sua quitação antecipada;
- i) Com a Morte ou a IPTA - Invalidez Total e Permanente do Segurado.

Se o Estipulante deixar de repassar a Seguradora as mensalidades pagas pelos Segurados e mesmo que os Segurados possuam comprovantes destes pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez que caracteriza inadimplência, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais. Os Segurados vigentes na apólice continuarão com todas as coberturas até o final de vigência mencionado no Certificado Individual.

14. PERDA DE DIREITOS

O Estipulante e/ou Segurado perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, sem prejuízo do pagamento do prêmio vencido;

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

- I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

- Não cumprimento das obrigações definidas nestas Condições Gerais;
- Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
- Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento coberto;
- Solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado e desde que autorizada pelo Estipulante;
- Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado; e
- Agravamento intencional do risco.

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

Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde.

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

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

15. BENEFICIÁRIO

15.1. O primeiro Beneficiário das coberturas contratadas neste seguro será sempre o Estipulante, até o limite do valor do saldo devedor da dívida existente ou do compromisso assumido, trazido a valor presente na data do evento ou do pagamento do Sinistro, conforme estabelecido contratualmente e limitado ao Capital Segurado.

15.2. Nos casos em que o Capital Segurado ultrapassar o saldo devedor da dívida ou do compromisso assumido junto ao Estipulante, a diferença será paga ao próprio Segurado ou, na garantia de Morte, ao(s) Beneficiário(s) previamente indicado(s) pelo Segurado. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a diferença de indenização, se houver, será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

15.3. Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus beneficiários, exceto o Estipulante, através de documento escrito. Na hipótese da Seguradora não ser cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

15.4. O Segurado poderá substituir seus segundos Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora.

15.5. Nenhuma alteração de segundos Beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita do Segurado.

15.6. Na falta de segundo Beneficiário indicado ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, a

indenização será paga por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

- 15.7. Na falta das pessoas indicadas no subitem 15.6, serão segundos Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 15.8. É válida a instituição do(a) companheiro(a) como segundo Beneficiário(a), se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

16. REGULAÇÃO DE SINISTROS

16.1. Relação de documentos a serem enviados à Seguradora

Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o beneficiário, conforme o caso, deverão comunicar à Seguradora e enviar os documentos mínimos para sua análise e regulação ("Documentação Básica"), definidos para cada cobertura nestas Condições Gerais e no Contrato:

Documentos do Segurado em caso de Morte natural

- Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 16.2 destas Condições Gerais;
- Cópia de Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito; e
- Cópia do Prontuário Médico do segurado.

Documentos do Segurado em caso de Morte por Acidente

- Documentos relacionados no tópico anterior;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

Documentos para habilitação do(s) segundo(s) Beneficiário(s) na hipótese de contratação que preveja capital segurado superior à dívida do segurado

- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s);
- "Autorização para Crédito" em conta corrente nominal a cada um do(s) Beneficiário(s);
- Cônjuge: Certidão de Casamento atualizada;
- Companheiro(a) comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do Sinistro;
- Filhos: Caso não tenha RG (carteira de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoa Física), enviar Certidão de Nascimento;
- Pais ou Outros: RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física).

Documentos do Segurado em caso de IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente

- Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, ou seu representante legal;
- Formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 16.2 destas Condições Gerais; e
- Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);

Documentos do Segurado em caso de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (CLT)

- Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia autenticada da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) – página da foto, página da qualificação civil, página onde consta o registro da última admissão e saída do segurado, assim como página posterior em branco;
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado, com a discriminação das verbas rescisórias; e
- Cópia autenticada do último “holerite”;

A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado será determinada no Contrato e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

Para se ter direito à cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário é obrigatório que o empregado tenha cumprido o Aviso Prévio ou encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

Nos seguros que possuem Franquia, para recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da Carteira de Trabalho deverá ter data superior à data do desligamento, somada ao número de dias da Franquia, conforme estabelecido no Contrato.

Documentos do Segurado em caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (Profissional Liberal/Autônomo)

- Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente, acompanhado de exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial e hospitalar;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO) quando tratar-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção policial;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- Cópia autenticada de documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - **Para Autônomo:** RPA (Recibo de pagamento de autônomo) ou Declaração de Imposto de Renda atual com comprovante de entrega ou Declaração oficial do CRC onde conste a origem de sua renda ou Decore acompanhado do extrato de conta corrente bancário referente aos últimos 6 meses e /ou Declaração do empregador/contratante com reconhecimento de firma.
 - **Para Profissional Liberal:** Além dos documentos descritos para Autônomo, incluir cópia autenticada da Carteira de Habilitação Profissional.
 - **Para Empresário:** Cópia Autenticada do Contrato Social e Última Alteração Contratual da Empresa da qual ele é sócio proprietário e Declaração de Imposto de Renda atual com comprovante de entrega.
- Cópia do carnê leão; e
- Atestado de incapacidade total e temporária emitido por profissional habilitado, no qual deverá constar a data do sinistro, diagnóstico, tratamento realizado e período de afastamento.

Documentos do Segurado em caso de IFPD – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

- Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, comunicando à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante;
- Relatório ou Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, assinado pelo médico do segurado, com firma reconhecida, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato em que foi atingido o estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante coberto;
- Relatório do médico-assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente 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;
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 16.2 destas Condições Gerais.

Documentos do Segurado em caso de ILPD – Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

- Formulário denominado “Aviso de Sinistro” e questionários fornecidos pela Seguradora, devidamente preenchidos e assinados pelo médico assistente e pelo Segurado, comunicando à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico do Segurado;
- Declaração Médica indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de invalidez laborativa total por doença, conforme definido na Cláusula 3 destas Condições Gerais.
- Relatório do médico-assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente 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 da atividade principal do Segurado.
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.
- Carteira de Trabalho e ou Contrato de Trabalho e ou Declaração de Imposto de Renda para fins de verificação da atividade do Segurado que lhe provê maior renda;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 16.2 destas Condições Gerais.

16.2. Documentos que comprovam residência:

- Conta de luz ou, água ou gás ou telefone fixo com prazo máximo 90 (noventa) dias.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

A partir da entrega de toda a “documentação básica” exigida, constante na cláusula 16 – Regulação de Sinistros, a Seguradora tendo efetuado a regulação e concluída a análise fará a liquidação do sinistro.

Fica facultada à Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração dos fatos, devendo para isso comunicar o Estipulante, através de documento registrado solicitando os documentos complementares.

Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do atendimento da solicitação, após novo registro realizado através de relógio datador da área de sinistros, indicando que houve a reentrada do processo e que o prazo voltou a correr.

Após caracterizada a cobertura e a ocorrência estando devidamente coberta, tudo em conformidade com as cláusulas especificadas nestas Condições Gerais e no Contrato, a seguradora fará a liquidação do sinistro efetuando o pagamento.

17.1. Prazo para liquidação do sinistro

A partir da entrega da documentação listada no item 16, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias, o valor da indenização será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ao mês, calculado “*pro rata temporis*” até a data do efetivo pagamento, acrescido dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

Para efeito de registro da data do evento, serão considerados:

- a) Na cobertura básica de **MORTE**, qualquer que for a causa, a data do sinistro será a data do óbito;
- b) Na cobertura adicional de **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente**, a data do sinistro será a data do acidente;
- c) Na cobertura adicional de **Perda de Renda por Desemprego Involuntário**, a data do sinistro será a data do rompimento do vínculo empregatício;
- d) Na cobertura adicional de **Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária**, a data do sinistro será a data do laudo médico que atesta a incapacidade física total e temporária.
- e) Na cobertura adicional de **IFPD**, a data do sinistro será a data indicada na declaração médica que atesta a invalidez funcional total e permanente.
- f) Na cobertura adicional de **ILPD**, a data do sinistro será a data indicada na declaração médica que atesta a invalidez laborativa total e permanente.

18. JUNTA MÉDICA

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou invalidez, conforme o caso, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência registrada dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro desempatedor, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados 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 nomeado pelo Segurado.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

19. PERÍCIA DA SEGURADORA

No caso de qualquer ocorrência prevista, o Segurado autoriza os médicos peritos da Seguradora a terem acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e/ou solicitar exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

- Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

20. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES

Fica reservado o direito da Seguradora em não assumir qualquer responsabilidade tanto nas coberturas como nas indenizações aqui previstas, no caso do Segurado transferir ou aditar o Contrato junto ao Estipulante a outro adquirente que vier assumir o restante da dívida.

O seguro estará automaticamente cancelado, salvo se o novo financiado contratar um novo seguro através do preenchimento da proposta de adesão, concomitante com pagamento de prêmio e aceitação do risco pela Seguradora, dando cobertura ao restante da dívida.

21. FORO

Eventuais questões judiciais entre o Segurado, Estipulante e/ou a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Estipulante, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

22. ÂMBITO GEOGRÁFICO

As coberturas previstas nestas Condições Gerais independem da localização da ocorrência do evento coberto por este contrato, com exceção da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, quando contratada, cujo âmbito geográfico está restrito ao território brasileiro. O pagamento da indenização de qualquer cobertura se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

23. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o segurado e/ou os representantes legais deste reclamarem o valor do seguro são aqueles determinados em lei – Artigo 206 do Código Civil Brasileiro.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Caso o Conselho Monetário Nacional deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionados às metas de inflação, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.

Em caso de cessação, voluntária ou compulsória, das operações da Seguradora, durante a vigência da apólice, serão observadas as disposições legais que regem a liquidação das sociedades seguradoras, ficando preservados e garantidos todos os direitos do Segurado e de seu(s) Representante(s) Legal(is), que têm privilégio especial sobre as reservas técnicas ou provisões garantidoras das operações de seguro.

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e demais condições contratuais, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

O registro destas Condições Gerais na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.

A aceitação desse seguro estará sujeita à análise do risco.

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

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

1