



Yelum
seguradora

Aliro
seguro

 **Indiana**
Seguros

Seja bem-vindo!

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

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

Obrigado por nos escolher.

Marcos Machini

Vice-Presidente Comercial do Grupo HDI

DEFINIÇÕES	4
CONDIÇÕES GERAIS - INDIANA PROTEÇÃO FINANCEIRA	7
1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	7
2. OBJETIVO	7
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO	7
5. COBERTURAS	7
6. RISCOS COBERTOS	7
7. RISCOS EXCLUÍDOS	8
8. CONTRATAÇÃO OU ALTERAÇÃO DO SEGURO	10
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	11
11. INÍCIO DA VIGÊNCIA	11
12. CARÊNCIA	11
13. FRANQUIA	12
14. BENEFICIÁRIOS	12
15. DESIGNAÇÃO E AÇTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO	12
16. CAPITAL SEGURADO	12
17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	13
18. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	13
19. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS	14
20. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
21. PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
22. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	16
23. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	16
24. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	17
25. JUNTA MÉDICA	21
26. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	21
27. CANCELAMENTO DO SEGURO	22
28. SUSPENSÃO DE COBERTURA	23
29. AGRAVAMENTO DO RISCO	23
30. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	24
31. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	24
32. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	24
33. CLÁUSULAS ADICIONAIS	24
34. RATIFICAÇÃO	24

35.	PRESCRIÇÃO	24
36.	FORO	25
	CONDIÇÕES ESPECIAIS - INDIANA PROTEÇÃO FINANCEIRA	25
1.	COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IT-A)	25
2.	COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (IT-D).....	27
3.	COBERTURA ADICIONAL PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE).....	29

DEFINIÇÕES

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

Incluem-se nesse conceito:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DEFINIÇÕES

Despesas de contenção: são os gastos realizados pelo segurado (ou por terceiros em seu interesse) com medidas emergenciais e imediatas para evitar que um sinistro iminente ocorra, desde que esse sinistro esteja coberto pela

apólice de seguro, essas despesas podem ser reembolsadas pela seguradora até o limite pactuado na apólice, sem reduzir o valor da garantia principal.

Despesas de Salvamento: Consideram-se despesas de salvamento aquelas efetivamente necessárias, com nexo de causalidade adequada com o sinistro e comprovadamente efetuadas pelo segurado durante e ou logo após a ocorrência do sinistro, bem como os valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo segurado e ou por terceiros na adequada tentativa de diminuir o dano, as consequências do sinistro ou salvar a coisa, essas despesas podem ser reembolsadas pela seguradora até o limite pactuado na apólice, sem reduzir o valor da garantia principal.

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

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

Dolo: Conduta intencional e consciente de cometer um ato ilícito e/ou de obter vantagem indevida

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

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

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

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

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

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

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

Plano: É o grupo de garantias diferenciadas estabelecidas na Cláusula 4 destas Condições Gerais.

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

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

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

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

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 gerais.

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

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

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

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

Seguradora: É a empresa que assume os riscos inerentes às garantias deste Contrato de Seguro, nos termos da

legislação vigente, nas Condições Gerais deste Contrato e demais normas aplicadas ao setor.

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

Sinistro caracterizado: Evento devidamente comprovado e enquadrado nas coberturas previstas na apólice de seguro, cuja ocorrência e circunstâncias foram analisadas pela seguradora e reconhecidas como indenizáveis

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

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

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

2. OBJETIVO

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

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, , desde que o segurado ou proponente tiver residência ou domicílio no território Nacional, e/ou o interesse segurado estiver vinculado à vida ou a integridade física de pessoa residente no Brasil, salvo disposição contrária contida nas Condições Especiais e ou no Contrato.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Este seguro é de contratação individual.

5. COBERTURAS

5.1.1. Coberturas Básicas:

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

5.1.2. Coberturas Adicionais:

- a) Incapacidade Temporária por Acidente (IT-A)
- b) Incapacidade Temporária por Doença (IT-D)
- c) Perda Involuntária de Emprego (PIE)

5.2. O Segurado deverá informar na Proposta de Contratação quais coberturas pretende contratar, sendo a cobertura básica obrigatória e as demais, facultativas, **respeitando-se as conjugações disponibilizadas pela Seguradora.**

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

6. RISCOS COBERTOS

6.1. Coberturas Básicas de Morte

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

6.1.1. REINTEGRAÇÃO

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

6.2. Coberturas Básicas de Morte Acidental

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

6.2.1. REINTEGRAÇÃO

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

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

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

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

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

6.3.3. REINTEGRAÇÃO

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

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

Discriminação	% Sobre Capital Segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

6.3.4. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, estipulada de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela.

6.3.5. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica para essa finalidade.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

7.2. Além dos riscos mencionados no subitem acima, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente total por acidente:

- a) As doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro-traumas de repetição tais como DORT, LER, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- d) O parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- e) O choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- f) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal; e**
- g) Indenizações ou prejuízos decorrentes de acordo ou condenação judicial por danos morais e/ou estéticos.**
- h) Cláusula de Exclusão Embargos e Sanções: estão excluídos da cobertura deste seguro todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da**

América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

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

8. CONTRATAÇÃO OU ALTERAÇÃO DO SEGURO

A contratação ou alteração do seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou corretor de seguros habilitado, e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. Poderão contratar o seguro os proponentes mediante assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Contratação e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.1.1. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

9.2. O início de vigência da cobertura será a data estabelecida na Proposta de Contratação e na Apólice.

9.3. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte cinco) dias contados da transmissão ou protocolo da proposta física, para sua análise e aceitação ou recusa. Quando constatada a necessidade de informações e/ou documentos complementares para possibilitar a melhor análise do risco proposto, o referido prazo será suspenso até a data em que ocorrer a entrega das informações ou documentos solicitados.

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

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

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

9.7. Somente poderão contratar o Seguro as pessoas que, na data estabelecida para início de vigência do risco individual:

- a) Estar em boas condições de saúde;
- b) Estar em plena atividade de trabalho ou aposentado por tempo de serviço;
- c) Ter mais de 14 (quatorze) anos na data de início do seguro e no máximo 85 (oitenta e cinco) anos de idade ao final da dívida;
- d) A somatória da idade na data do início da vigência individual do Segurado com o maior prazo para quitação da obrigação assumida pelo Segurado não ultrapassar os limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice;
- e) Declaração de conhecimento prévio das condições gerais do presente contrato.

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

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

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

9.11. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento

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

O potencial segurado deve fornecer as informações necessárias para a aceitação da proposta e cálculo do prêmio, respondendo ao questionário da seguradora.

O descumprimento doloso do dever de informar previsto no item anterior, implica perda da garantia, além da dívida de prêmio e ressarcimento de despesas, se culposo implicará na redução da garantia, proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido com as informações corretas.

Se as informações não reveladas tornarem a contratação tecnicamente inviável, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação do proponente de ressarcir as despesas realizadas pela Seguradora

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas na Proposta de Contratação.

10.2. Quando a obrigação a que o seguro está atrelado possuir data de término, o fim de vigência do risco individual coincidirá com este prazo, sendo as datas de início e fim de vigência especificadas no certificado individual de seguro.

10.3. Quando a obrigação não possuir uma data de término na data de contratação do seguro, o prazo de vigência será o acordado entre as partes.

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

10.5. Na proposta de Contratação recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada na Proposta de Contratação.

10.6. Na proposta de contratação recepcionadas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, o seu início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Segurado.

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

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

10.9. Ao final do período de vigência contratado não haverá renovação do seguro.

11. INÍCIO DA VIGÊNCIA

11.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nela indicados, observados os termos da Cláusula 10-VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE, destas Condições Gerais.

11.2. Nas Apólices Seguro cuja proposta tenha sido recepcionada sem o pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

11.3. As Apólices de Seguro cuja proposta tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terá seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

11.4. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice do Seguro, contendo os nomes do Segurado e seu (s) Beneficiário (s), início e final de vigência, Capital Segurado de cada cobertura e prêmio total, entre outros.

12. CARÊNCIA

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

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

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

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

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

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

Ocorrendo o Sinistros no prazo de carência, legal ou contratual, a seguradora é obrigada a entregar ao segurado ou ao beneficiário o valor do prêmio pago, ou a reserva matemática, se houver

13. FRANQUIA

13.1. A Seguradora poderá estabelecer para as coberturas adicionais uma franquia em período de dias. Os critérios de sua aplicação e o período serão definidos na Proposta de Contratação, nas Condições Especiais da respectiva cobertura adicional e nas demais Condições Contratuais.

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

14. BENEFICIÁRIOS

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

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

15. DESIGNAÇÃO E AÇTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

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

15.2. É facultado ao Segurado Prestamista indicar livremente o(s) segundo(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação do(s) segundo(s) Beneficiário(s), será aplicado, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro:

Art. 792

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

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

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

Art. 793

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

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

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

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

16. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

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

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

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

16.7. No caso da realização por um Segurado Prestamista de mais de uma operação do mesmo plano ou de outros planos junto à mesma Instituição de Crédito, a importância segurada total fica limitada ao Capital Máximo fixado por Segurado Prestamista, independentemente da quantidade de planos contratados.

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

O valor pago pela seguradora em razão da morte do segurado não é considerado herança, ou seja, não entra no inventário e não está sujeito à partilha entre herdeiros, salvo disposição legal em contrário

17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

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

18. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

18.1. Os valores relativos a este contrato de seguro estão sujeitos a correção monetária, de acordo com a variação do IPCA e juros moratórios legais, de 0,03% (zero virgule zero três por cento) ao dia, respeitando as seguintes regras:

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

- a) **Endosso com restituição de prêmio:** os valores a serem restituídos serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação do endosso (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.
- b) **Cancelamento do Contrato:** os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- c) **Valores Recebidos Indevidamente pela Seguradora:** valores a serem devolvidos ao Segurado serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.
- d) **Proposta Recusada:** os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data da recusa da proposta, e a correção dos valores a contar da data do pagamento realizado pelo segurado, até a data da efetiva restituição pela

17.1.2. Pagamentos em caso de indenização de sinistros ocorrida após o prazo previsto nas respectivas Cláusulas destas Condições Gerais (Cláusula 23 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS) incidirão:

a) correção monetária: a partir da data de ocorrência do sinistro definido na Cláusula 15 - DESIGNAÇÃO E AÇTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, de acordo com a variação positiva do IPCA até a data do efetivo pagamento.

b) juros moratórios legais: de 1% (um por cento) ao mês, a contar da data de término do prazo contratual para pagamento da indenização (Cláusula 23 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS), ou seja, a partir do 31º (trigésimo-primeiro) dia, "pro-rata-temporis", contado da data da entrega do último documento constante da relação da documentação básica ou de documento justificadamente solicitado pela Cia, até a data do efetivo pagamento.

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

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

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

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

19. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS

19.1. No caso de transferência de dívida de um Segurado Prestamista para outra pessoa, este novo devedor, para ter a cobertura do seguro, deverá apresentar uma nova proposta de contratação para um novo seguro, e atender ao disposto em todos os itens destas Condições Gerais, especialmente os requisitos da Cláusula 8- CONTRATAÇÃO OU ALTERAÇÃO, inclusive no que tange ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde.

19.2. O início de vigência do seguro do cessionário se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia em que for efetivada a cessão/transferência da dívida, desde que seja aceito pela Seguradora.

20. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na Proposta de Contratação, o prêmio deste seguro será pago conforme uma das seguintes opções de periodicidade:

a) à vista;

b) fracionado

21. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

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

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

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

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

21.5. O não-pagamento do prêmio do seguro dentro do prazo limite estipulado e após aviso prévio da

Seguradora diretamente ao Segurado, corretor de seguros ou seu representante legal, por meio físico, remoto ou outras formas previstas na regulamentação em vigor, implicará:

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

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

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

a) o novo prazo de vigência ajustado.

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

TABELA DE PRAZO CURTO

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

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

21.10. O Segurado terá restabelecido o direito às coberturas contratadas pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido pela Seguradora, ficando sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na

variação do IPCA, e, ainda dos juros moratórios de 0,03% (zero virgule zero três por cento) ao dia, sendo este último encargo aplicado à base “pro-rata temporis”, podendo ser cobrado ainda um valor adicional a título de despesas operacionais, conforme constante da especificação da apólice.

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

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

21.13. Quando tiver previsto o pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

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

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

22. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) Com a morte natural ou acidental e/ou invalidez permanente total do Segurado Prestamista;
- b) Com a indenização por invalidez permanente total do Segurado Prestamista, e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) Automaticamente, com a quitação da dívida, o cancelamento ou final de vigência da Apólice, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago.

O contrato de seguro de vida será nulo se, no momento da contratação, alguma das partes já souber que o risco é impossível ou já se realizou. Se isso acontecer e a parte que sabia ainda assim fizer o contrato, ela terá que pagar à outra o dobro do valor do prêmio como compensação

23. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

23.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro o Segurado Prestamista ou o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) informá-lo à Seguradora, logo que o saiba(m), e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência por meio dos documentos básicos constantes na Cláusula 24 - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

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

23.3. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de Sinistros pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

23.4. A contagem será suspensa por no máximo 2 (duas) vezes, a partir do momento em que for solicitada documentação complementar, com base em dúvida fundada e justificável, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

23.5. Prazo para análise e pagamento de sinistros

- a) A seguradora tem até 30 dias para analisar o pedido de cobertura, contados a partir do envio da reclamação ou aviso de sinistro com todos os documentos necessários.
- b) Se faltar algum documento, a seguradora pode solicitar complementos de forma justificada.
- c) Cada solicitação suspende o prazo por no máximo 2 vezes, reiniciando após o envio dos documentos.

- d) Para seguros de vida onde os valores da importância assegurada não excedam o correspondente a 500 salários mínimos, só pode haver 1 suspensão.
- e) Em casos complexos, o prazo pode ser estendido até 120 dias pela autoridade reguladora.
- f) Se a cobertura for recusada, a seguradora deve informar de forma clara e fundamentada.

23.6. Pagamento da indenização

- a) Após reconhecer a cobertura, a seguradora tem até 30 dias para pagar a indenização ou capital estipulado.
- b) Pode solicitar documentos complementares, seguindo as mesmas regras de suspensão do prazo (máximo 2 vezes, ou 1 vez para seguros de vida e valores da importância assegurada até 500 salários mínimos).
- c) Em casos complexos, o prazo pode ser estendido até 120 dias pela autoridade reguladora.
- d) O valor devido deve ser apresentado de forma fundamentada ao cliente.

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

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

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

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

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

Conforme legislação vigente o reembolso referente as Despesas de Contenção ou Salvamento, ou seja, despesas realizadas para conter ou salvar em situação de sinistro, será limitado a 5% (cinco por cento) do valor máximo de indenização limitado a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) garantido previsto para o tipo de sinistro ocorrido ou iminente, salvo se outro limite tiver sido acordado entre as partes no contrato de seguro

Se a seguradora não identificar beneficiários ou dependentes dentro do prazo legal, o valor será considerado abandonado e transferido ao Fundap (Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil).

O valor pago pela seguradora em razão da morte do segurado não é considerado herança, ou seja, não entra no inventário e não está sujeito à partilha entre herdeiros, salvo disposição legal em contrário

24. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

DOCUMENTOS	Morte Natural	Morte Acidental	Funeral Titular (Reembolso) Acidental	Funeral Titular (Reembolso) Natural	Funeral Titular (Auxílio) Natural	Funeral Titular (Auxílio) Acidental	IPA	IFPD	DIT Acidente	DIT Doença	IPTA	PRD Yelum
CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO (A) / SINISTRADO (A);	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CÓPIA DO RG E CPF DO SEGURADO E SINISTRADO;	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO/SINISTRADO. NA FALTA ENCAMINHAR DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA;	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
CÓPIA DO RG E CPF DOS HERDEIRO/BENEFICIÁRIOS (CASO HAJA SALDO REMANESCENTE);	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DOS HERDEIROS/BENEFICIÁRIOS (CASO HAJA SALDO REMANESCENTE);	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PARA CADA HERDEIRO/BENEFICIÁRIO - DADOS BANCÁRIOS DE CADA UM DOS BENEFICIÁRIOS, DEVE CONSTAR OS DADOS BANCÁRIOS NOMINAL A ELES (NÃO SERÃO ACEITAS CONTAS SALÁRIO / BENEFÍCIO / DE TITULARIDADE DE TERCEIROS) (CASO HAJA SALDO REMANESCENTE);	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
FORMULARIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO (FORMULÁRIO ANEXO);	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA E COM AVERBAÇÃO DO ÓBITO (SE CASADO) - (CASO HAJA SALDO REMANESCENTE);	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
EM CASO DE CONVIVÊNCIA MARITAL, ENCAMINHAR CARTA DE CONCESSÃO DO INSS (PENSÃO POR MORTE), ESCRITURA PÚBLICA/DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL EMITIDA ANTES DO FALECIMENTO OU CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE OU OUTRO DOCUMENTO QUE DEMONSTRE O VÍNCULO OU DEPENDÊNCIA, DECLARAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA QUE DEMONSTRE O VÍNCULO OU DEPENDÊNCIA E/OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE FILHOS EM COMUM - (CASO HAJA SALDO REMANESCENTE);	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CARTÃO PROPOSTA ASSINADO PELO SEGURADO NA ADESÃO. NA AUSÊNCIA DESTE DOCUMENTO, ENCAMINHAR DECLARAÇÃO DE HERDEIROS CONSTANDO TODOS OS HERDEIROS LEGAIS (APRESENTAR DOCUMENTO COM O NOME, ASSINATURA E RECONHECIMENTO DE FIRMA EM CARTÓRIO DE TODOS OS HERDEIROS E MAIS DUAS TESTEMUNHAS) - (CASO HAJA SALDO REMANESCENTE);	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
RELATÓRIO MÉDICO DEVIDAMENTE PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE (FORMULÁRIO ANEXO);	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

DOCUMENTOS	Morte Natural	Morte Acidental	Funeral Titular (Reembolso) Acidental	Funeral Titular (Reembolso) Natural	Funeral Titular (Auxílio) Natural	Funeral Titular (Auxílio) Acidental	IPA	IFPD	DIT Acidente	DIT Doença	IPTA	PRD Yelum
EXAMES/PRONTUARIOS MÉDICOS REALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DA DOENÇA QUE LEVOU SINISTRADO AO OBITO;	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CÓPIA DO LAUDO DO IML E EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (SE HOUVER);	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL COMPLETO;	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
CÓPIA DO RESULTADO DOS EXAMES DE ALCOOLEMIA/TOXICOLÓGICO (EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO), NA SUA FALTA ENVIAR DECLARAÇÃO DO IML OU OUTRO ÓRGÃO POLICIAL INFORMANDO SOBRE A INEXISTÊNCIA DOS REFERIDOS LAUDOS E DEVIDAS JUSTIFICATIVAS;	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
LAUDO DE PERÍCIA TÉCNICA DO LOCAL DO ACIDENTE (SE HOUVER);	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
PEÇAS DO INQUÉRITO POLICIAL (NÃO SERÃO EXIGIDAS EM TODOS OS CASOS), SE HOUVER;	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
CÓPIA DA CNH DO INISTRADO (SE CONDUTOR);	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
CÓPIA DO AUTO DE RECONHECIMENTO DO CADÁVER (NO CASO DE CARBONIZAÇÃO);	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CAT (COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO);	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
CERTIDÃO DE OBITO EM CASO DE HERDEIRO/BENEFICIÁRIO FALECIDO - (CASO HAJA SALDO REMANESCENTE);	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
NOTA FISCAL ORIGINAL REFERENTE AS DESPESAS COM O FUNERAL, INFORMANDO A DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS;	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CÓPIA DO RG E CPF DO DO RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS COM O FUNERAL;	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
FORMULÁRIO DE PAGAMENTO / DADOS BANCÁRIOS DO RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS COM O FUNERAL. DEVE CONSTAR OS DADOS BANCÁRIOS NOMINAL A ELE (NÃO SERÃO ACEITAS CONTAS SALÁRIO / BENEFÍCIO / DE TITULARIDADE DE TERCEIROS);	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
NOTA FISCAL ORIGINAL REFERENTE AS DESPESAS COM O FUNERAL, INFORMANDO A DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS (Para menores de 14 anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
RESULTADOS / EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS DA DATA DO ACIDENTE ATÉ A DATA DA ALTA MÉDICA, QUE EVIDENCIEM A(S) SEQUELAS(S) DECORRENTES DO ACIDENTE; ACOMPANHADOS DOS RESPECTIVOS LAUDOS;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

DOCUMENTOS	Morte Natural	Morte Acidental	Funeral Titular (Reembolso) Acidental	Funeral Titular (Reembolso) Natural	Funeral Titular (Auxílio) Natural	Funeral Titular (Auxílio) Acidental	IPA	IFPD	DIT Acidente	DIT Doença	IPTA	PRD Yelum
LAUDOS MÉDICOS, INCLUINDO RELATÓRIO A SER FEITO PELO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO, DEVENDO INFORMAR O(S) TRATAMENTO(S) REALIZADO(S), O DÉFICIT FUNCIONAL APURADO (SE HOUVER) E A DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA.	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
PRONTUÁRIO(S) MÉDICO-HOSPITALARES REFERENTE A DATA DO ACIDENTE OU GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR/CIRURGIAS (SE HOUVER);	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
LAUDOS MÉDICOS, INCLUINDO RELATÓRIO A SER FEITO PELO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO, DEVENDO INFORMAR O(S) TRATAMENTO(S) REALIZADO(S), A EVOLUÇÃO DA(S) DOENÇA(S) E ESTÁGIO ATUAL;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
PRONTUÁRIO(S) MÉDICO-HOSPITALARES CORRESPONDENTE(S) AO(S) TRATAMENTO(S) SUBMETIDO(S) AO SEGURADO(A);	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
CÓPIA DE TODOS OS EXAMES REALIZADOS PARA O DIAGNOSTICO DA DOENÇA;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
CÓPIA DA CARTA DE CONCESSÃO DA APOSENTADORIA DO INSS OU AUXILIO DOENÇA (SE HOUVER);	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
TERMO DE CURATELA, CASO SEGURADO NÃO TENHA CONDIÇÕES DE GERIR SEUS BENS;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
CPF, RG E DADOS BANCÁRIOS DO CURADOR, CASO SEGURADO NÃO TENHA CONDIÇÕES DE GERIR SEUS BENS;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
EXAMES REALIZADOS QUE DEMONSTREM O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E COMPROVEM A DOENÇA, ACOMPANHADOS DOS RESPECTIVOS LAUDOS;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
COMPROVAÇÃO DE ATIVIDADE AUTÔNOMA DOS ÚLTIMOS 12 MESES (SE FOR SEGURADO AUTÔNOMO);	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
ATESTADO MÉDICO INFORMANDO A QUANTIDADE DE DIAS DE AFASTAMENTO NECESSÁRIOS PARA A REABILITAÇÃO DO SEGURADO;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
DECLARAÇÃO DE IRPF DO ANO EM EXERCÍCIO OU, NA SUA AUSENCIA, ENVIAR: NOTAS FISCAIS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, PRÓ-LABORE, RPA, DECLARAÇÃO DO CONTADOR INFORMANDO O RENDIMENTO;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
GUIA DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL CONSTANDO O PERÍODO DE INTERNAÇÃO;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
CÓPIA DO CONTRATO DE FINANCIAMENTO / LEASING / EMPRÉSTIMO;	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
CÓPIA DO EXTRATO ATUALIZADO DO FINANCIAMENTO / LEASING / EMPRÉSTIMO;	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
CÓPIA DO ÚLTIMO BOLETO PAGO E COMPROVANTE DO PAGAMENTO;	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

DOCUMENTOS	Morte Natural	Morte Acidental	Funeral Titular (Reembolso) Acidental	Funeral Titular (Reembolso) Natural	Funeral Titular (Auxílio) Natural	Funeral Titular (Auxílio) Acidental	IPA	IFPD	DIT Acidente	DIT Doença	IPTA	PRD Yelum
CÓPIA DO COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO FGTS;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
CÓPIA DO TERMO DE RESCISÃO CONTRATUAL;	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
CÓPIA AUTENTICADA EM CARTÓRIO (SOMENTE APÓS 30 DIAS DE DESEMPREGO) DA CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL, PÁGINAS DE IDENTIFICAÇÃO (FOTO + QUALIFICAÇÃO), PÁGINAS DO ÚLTIMO REGISTRO (CONTRATO DE TRABALHO) E PÁGINA SEGUINTE AO ÚLTIMO REGISTRO EM BRANCO.	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
CÓPIA DO REQUERIMENTO DO SEGURO DESEMPREGO (EM CASO DE CTPS DIGITAL);	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
CÓPIA DO EXTRATO ATUALIZADO DO RECEBIMENTO DO SEGURO DESEMPREGO (EM CASO DE CTPS DIGITAL);	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
CÓPIA DO TERMO DE ADESÃO;	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
EXTRATO DO FINANCIAMENTO OU EMPRESTIMO, ONDE CONSTA AS PARCELAS E O SALDO DEVEDOR;	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
CARTA DO ESTIPULANTE INFORMANDO O SALDO DEVEDOR, O CNPJ E OS DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO;	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
DADOS BANCÁRIOS NOMINAL AO ESTIPULANTE;	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

24.2. Em decorrência de evento coberto, o (s) Beneficiário (s) deverá (ao) encaminhar à Seguradora:

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

25. JUNTA MÉDICA

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

25.2. A referida junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. As despesas com honorários do médico que tiver designado, e as do terceiro serão de responsabilidade da seguradora, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos predeterminados para comunicação da ocorrência e para prova da identificação e legitimidade do interessado, além de outros documentos ordinariamente em poder do interessado.

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

26. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

26.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, além dos casos previstos em Lei, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado,

ainda, às sanções previstas na legislação e no Contrato de Seguro, se ele e/ou seu representante legal ou Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

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

I Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

- a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

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

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;
- c) Não-fornecimento da documentação solicitada; e
- d) Agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro.

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

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

- a) cancelar o seguro;
- b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

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

27. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

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

- a) Se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- b) Na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;

c) Com o pagamento da indenização por morte do Segurado.

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

a) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios, nos termos da Cláusula 21-PAGAMENTO DO PRÊMIO;

b) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;

c) Quando o Segurado praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva para com a Seguradora.

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

27.5. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

27.6. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

28. SUSPENSÃO DE COBERTURA

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

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

28.3. Na hipótese do segurado ou seus beneficiários de indenização serem incluídos em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, em meio a liquidação de um sinistro reclamado, o pagamento de indenizações ou reembolsos de despesas ficará suspenso, até que ocorra a superação do referido embargo ou até que ocorra decisão da Corte Suprema brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para esse fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

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

29. AGRAVAMENTO DO RISCO

29.1. O segurado não deve agravar evitar qualquer atitude que aumente de forma intencional e relevante o risco coberto pelo seguro.

29.2. Se isso acontecer e não for comunicado à seguradora, o segurado pode perder o direito à indenização conforme leis vigentes.

29.3. Um agravamento é considerado relevante quando aumenta de forma significativa e contínua a chance de o risco acontecer ou torna seus efeitos mais graves. O segurado deve informar a seguradora assim que souber de qualquer mudança desse tipo.

29.4. O segurado deve comunicar à seguradora agravamento de risco tão logo dele tome conhecimento.

29.5. Após ser informada, a seguradora tem até 20 dias para analisar a situação. Ela pode: - Aceitar o novo risco, com ou sem cobrança de valor prêmio adicional.;- Recusar a cobertura caso tecnicamente impossível de garantir o novo risco, encerra-se o contrato em 30 dias após notificação formal, com devolução proporcional do valor pago.

29.6. Se o segurado agir de má-fé e não informar o agravamento, perde a cobertura e ainda deve pagar o prêmio e as despesas da seguradora. Se o descumprimento for sem intenção, poderá haver cobrança de valor adicional ou perda da cobertura, dependendo do caso.

29.7. Se o prêmio do seguro aumentar mais de 10%, o segurado pode recusar a mudança e encerrar o contrato no prazo de 15(quinze) dias, com efeitos retroativos à data do agravamento.

29.8. Nos seguros de vida, mesmo com agravamento relevante, a seguradora não pode cancelar o contrato, mas pode ajustar o valor do prêmio. O segurado será informado e poderá aceitar ou encerrar o contrato conforme as regras previstas.

29.9. Se o risco for reduzido de forma relevante, o valor do seguro também será reduzido proporcionalmente, com direito da seguradora de manter parte das despesas já realizadas

29.10. Por fim, se ocorrer um sinistro (evento coberto), a seguradora só pode negar a indenização se provar que ele foi causado diretamente pelo agravamento do risco não informado.

29.11. A seguradora não se responsabilizará pelo pagamento da indenização contratada nos casos em que o sinistro decorrer, comprovadamente, de ato de negligência grave por parte do segurado, desde que:

- a) Seja demonstrado o nexo causal direto entre o comportamento negligente e o evento que originou o sinistro;
- b) A negligência seja caracterizada como conduta imprudente, omissa ou desatenta, que contrarie normas básicas de segurança ou cuidados razoáveis esperados

30. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem ainda obrigações do Segurado:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela mesma, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Efetuar o pagamento dos prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- d) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao risco contratado;

31. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

32. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

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

Art. 800:

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

33. CLÁUSULAS ADICIONAIS

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

34. RATIFICAÇÃO

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

35. PRESCRIÇÃO

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

36. FORO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - INDIANA PROTEÇÃO FINANCEIRA

1. COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IT-A)

1.1 OBJETIVO

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

1.2 CONCEITOS

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

1.3 RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro-traumas de repetição tais como DORT, LER, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- d) Parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- e) Choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- f) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

1.4 CAPITAL SEGURADO

1.4.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado Prestamista e que será estabelecido na Proposta de Contratação e informado na Apólice do Seguro.

1.4.2. Nos casos em que o Capital Segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido na Proposta de Contratação e informado na Apólice do Seguro.

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

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

1.5 FRANQUIA

O período de franquia será de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do afastamento.

1.6 CARÊNCIA

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

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

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

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

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

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

1.7 OCORRÊNCIAS DE SINISTRO

1.7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 23-OCORRÊNCIA DE SINISTROS Condições Gerais e providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 24-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

1.7.2. O pagamento da cobertura de Incapacidade Temporária será efetuado com base na seguinte tabela:

Período de Afastamento	Quantidade de Parcelas garantidas pelo seguro
De 16 a 46 dias	1 parcela
De 47 a 77 dias	2 parcelas
De 78 a 108 dias	3 parcelas
De 109 a 139 dias	4 parcelas
De 140 a 170 dias	5 parcelas
De 171 a 201 dias	6 parcelas

1.7.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiários (s) ou segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado nestas Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

1.8 REINTEGRAÇÃO

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

1.9 ACUMULAÇÕES DE INDENIZAÇÕES

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

1.10 TÉRMINO DA COBERTURA

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

1.11 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

2. COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (IT-D)

2.1. OBJETIVO

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

2.2. DEFINIÇÕES

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

2.3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- c) Tratamentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção ou alterações físicas e orgânicas, inclusive cirurgias refrativas oculares, exceto quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento coberto ocorrido na vigência do risco individual;
- d) Tratamentos clínicos e cirúrgicos de caráter experimental ou não éticos;
- e) Parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- f) Inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- g) Tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- h) Tratamentos ortodônticos e odontológicos, exceto quando decorrentes de evento coberto ocorrido dentro do período de vigência individual;
- i) Exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (*check-up*);
- j) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- k) Eventos provocados intencionalmente pelo Segurado; e
- l) Anomalias congênitas e doenças mentais, quaisquer que sejam as causas.

2.4. CAPITAL SEGURADO

2.4.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado Prestamista, e que será estabelecido na Proposta de Contratação e informado na Apólice do Seguro.

2.4.2. Nos casos em que o Capital Segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido na Proposta de Contratação e informado na Apólice do Seguro.

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

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

2.5. CARÊNCIA

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

Plano	Período de Carência
1	15 dias
2	31 dias

2.6. FRANQUIA

O período de franquia será de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do afastamento.

2.7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

2.7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 23-OCORRÊNCIA DE SINISTROS Condições Gerais e providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 24-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

2.7.2. O pagamento da cobertura de Incapacidade Temporária será efetuado com base na seguinte tabela:

Período de Afastamento	Quantidade de Parcelas garantidas pelo seguro
De 16 a 46 dias	1 parcela
De 47 a 77 dias	2 parcelas
De 78 a 108 dias	3 parcelas
De 109 a 139 dias	4 parcelas
De 140 a 170 dias	5 parcelas
De 171 a 201 dias	6 parcelas

2.7.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiários (s) ou segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado nestas Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

2.8. REINTEGRAÇÃO

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

2.9. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Incapacidade Temporária por Doença (IT-D) são cumulativas com qualquer outra cobertura quando contratada e por ocasião de sinistros decorrentes do mesmo evento. .

2.10. TÉRMINO DA COBERTURA

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

2.11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

3. COBERTURA ADICIONAL PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE)

3.1. OBJETIVO

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte ou Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente. Quando contratada, esta cobertura garante o pagamento, parcial ou total, do Capital Segurado contrato para esta cobertura para o (s) Beneficiário (s) do Segurado Prestamista, com vínculo empregatício (regime CLT), se, após o período de carência, ocorrer a perda de emprego por vontade exclusiva de seu empregador e não motivada por justa causa, e desde que transcorrido período de franquia, o Segurado Prestamista permanecer desempregado e observadas as seguintes condições:

- O Segurado deverá ter uma permanência mínima de 1(um) ano ininterrupto no último emprego, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais;
- Caso o Segurado Prestamista tenha permanecido no último emprego por um prazo inferior a 1 (um) ano, este ainda

poderá ser considerado elegível à cobertura, mediante comprovação de outro emprego imediatamente anterior, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais e permanência mínima 24 (vinte e quatro) meses consecutivos, desde que o intervalo de tempo entre a data de demissão e a data de contratação não seja superior a 90 (noventa) dias;

c) A forma de elegibilidade prevista na alínea “b” é válida apenas para a reclamação do primeiro sinistro do Segurado Prestamista; para as demais reclamações, será considerada somente a condição prevista na alínea “a”; e

d) O pagamento das parcelas será devido a partir do cumprimento da franquia estabelecida, desde que o Segurado Prestamista permaneça desempregado, não abrangendo, portanto, parcelas vencidas anteriormente a esta data;

e) Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, jovem aprendiz, temporários, trabalhadores admitidos por prazo determinado, aposentados e pensionistas;

f) Os Segurados Prestamistas que exercem simultaneamente atividade laborativa sob o regime CLT e autônomo ou liberal estarão aptos ao recebimento apenas da indenização pela Perda Involuntária de Emprego (PIE) em caso de ocorrência de evento coberto, desde que prevista no plano de seguro contratado;

g) Nos casos em que o Segurado Prestamista exercer mais de uma atividade laborativa remunerada simultaneamente, o pagamento integral das parcelas será devido somente se a renda perdida se igualar ou superar o mínimo de 70% (setenta por cento) da renda total.

3.2. DEFINIÇÕES

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

3.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos que decorrentes de:

- a) Renúncia ou demissão voluntária do Segurado Prestamista;**
- b) Demissão do Segurado Prestamista por justa causa;**
- c) Pensão ou aposentadoria do Segurado Prestamista;**
- d) Adesão do Segurado Prestamista a qualquer tipo de Plano de Demissão Voluntária (PDV) ou assemelhados, incentivados pelo empregador;**
- e) Cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em Diário Oficial, ou não regidos pela CLT;**
- f) Falência do empregador;**
- g) Alistamento no serviço militar.**

3.4. CAPITAL SEGURADO

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

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

3.5. CARÊNCIA

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

Plano	Período de Carência
1	15 dias
2	31 dias

3.6. FRANQUIA

O período de franquia será contado a partir da data do desligamento do Segurado Prestamista de seu emprego, e considerará dias consecutivos e ininterruptos, com opções de planos conforme tabela abaixo:

Plano	Período de Franquia
-------	---------------------

1	15 dias
2	30 dias
3	45 dias
4	60 dias
5	75 dias
6	90 dias

3.7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

3.7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 23-OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 24-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

3.7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado nestas Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

3.8. REINTEGRAÇÃO

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

3.9. TÉRMINO DA COBERTURA

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

3.10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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