



ASSURANT SEGURADORA S.A

**Condições Gerais
Seguro Perda de Renda**

**Bilhete
Ramo: 1387 – Desemprego/Perda de Renda**

1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as **Condições Gerais** do seguro de **Perda de Renda**, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

Para os devidos fins e efeitos serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do bilhete, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de utilizar os demais canais de atendimento disponibilizados pela Assurant. A Seguradora, ou seu Representante de Seguros, fornecerão ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento no prazo de 7 (sete) dias, os valores eventualmente pagos serão devolvidos, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, ou de outras formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

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

2. DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão da linguagem utilizada, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante destas Condições Gerais.

Aceitação do Risco

Ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de seguro.

Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, 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.

Agravamento do Risco

Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo Segurador.

Âmbito Geográfico

Termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de Cobertura.

Ato Ilícito

Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Ato (ilícito) Culposo

Ações ou omissões involuntárias, que violem direito e causem dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia do responsável, pessoa física ou jurídica.

Ato (ilícito) Doloso

Ato intencional praticado para prejudicar a outrem.

Aviso de Sinistro

Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário

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

Bilhete de Seguro

É o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

Boa Fé

No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.

Boletim de Ocorrência

Termo utilizado para designar documento oficial emitido por autoridade policial, descrevendo e confirmando a ocorrência de um acidente ou fato danoso, que se torna indispensável no encaminhamento de determinadas reclamações de sinistros.

Cancelamento

Dissolução antecipada do Contrato de Seguro.

Capital Segurado

Pagamento a ser efetuado ao assistido ou beneficiário, sob a forma de pagamento único ou de renda.

Carência

Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.

Caso Fortuito/Força Maior

Acontecimento imprevisto e independente da vontade humana cujos efeitos não são possíveis evitar ou impedir.

Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Condições Especiais

Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Gerais

Conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Corretor de Seguros

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

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 SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Dano

No seguro, é o prejuízo sofrido pelo Segurado e indenizável ou não, de acordo com as condições do contrato de seguro.

Doença Preexistente

É a doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de contratação.

Dolo

Má-fé; qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

Endosso

Documento, emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

Evento

Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

Evento Coberto

É o acontecimento futuro, involuntário, possível, incerto e de natureza súbita, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais.

Foro

No contrato de seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato; jurisdição, alçada. Sinônimo: fórum.

Indenização

Valor que a sociedade Seguradora deve pagar ao Segurado ou beneficiário em caso de evento coberto pelo contrato de seguro, não podendo ultrapassar, em hipótese alguma, o Capital Segurado da cobertura contratada.

Início de Vigência

Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade Seguradora.

Período de Cobertura

Aquele durante o qual o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados, descrito no Bilhete de Seguro.

Prêmio

Importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto.

Prescrição

No seguro, é a perda da ação para reclamar os direitos ou a extinção das obrigações previstas nos contratos em razão do transcurso dos prazos fixados em lei.

Proponente

Pessoa, física ou jurídica, que pretende fazer o seguro, preenchendo e assinando uma proposta. Neste contrato, dispensada a sua assinatura pela emissão do Bilhete de Seguro.

Regulação de Sinistro

Conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

Representante de seguros

Pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da Seguradora. O Representante de seguros não exerce a atividade de corretagem de seguros, ou seja, não é um Corretor de Seguros.

Risco

Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

Risco Coberto

Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização e/ou reembolso ao Segurado.

Risco Excluído

Todo evento danoso em potencial, não elencado entre os riscos cobertos nas condições do seguro é, implicitamente, um risco excluído. No entanto, para evitar litígios decorrentes de interpretação incorreta do risco coberto, e, também porque alguns dos possíveis riscos excluídos podem ser redefinidos como riscos cobertos em Coberturas, os riscos excluídos são elencados de forma explícita nos contratos de seguro, seja nas Condições Gerais, seja nas Condições Especiais. Portanto, este é o conceito restrito de risco excluído: são potenciais eventos danosos, elencados no contrato, mas **NÃO** contemplados pelo seguro, isto é, em caso de ocorrência, causando danos ao Segurado, não haveria indenização ao Segurado.

Segurado

Pessoa física que contrata o seguro.

Seguradora

Empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

Sinistro

É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Vigência do Contrato

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, descrito no Bilhete de Seguro.

Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das Condições Contratuais.

3. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir até o limite dos respectivos Capitais Segurados contratados descritos no Bilhete de Seguro, uma indenização ao Segurado ou seu(s) beneficiário(s) em decorrência dos riscos cobertos em cada uma das coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, e desde que respeitadas as condições contratuais.**

4. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas deste seguro podem ser divididas em básicas e adicionais e estarão definidas nas respectivas Condições Especiais. As coberturas efetivamente contratadas estarão devidamente descritas no Bilhete de Seguro.

É obrigatória a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas.

4.1. Coberturas Básicas:

- a) Morte Qualquer Causa;
- b) Morte Acidental;

4.2. Coberturas Adicionais:

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente;
- b) Perda de Renda

As coberturas contratadas estão descritas em suas respectivas Condições Especiais e no Bilhete de Seguro.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Não são elegíveis a este seguro, segurados com idade conforme limite mínimo e máximo determinado no bilhete, tendo em vista que as regras, condições e taxas deste seguro tem como base e são aplicáveis apenas à elegibilidade prevista para este seguro.

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro, e por isso não conferem direito à indenização os eventos (mesmo durante o período de cobertura) decorrentes de:

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de rebelião, de revolução, agitação, motim, invasão, hostilidades, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- d) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) **Suicídio ou tentativa de suicídio nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro;**
- f) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo;**
- g) **Participação do Segurado em combates ou qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, exceto na prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- h) **Lesão intencionalmente auto infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, exceto o suicídio ou sua tentativa após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato;**

Não obstante ao descrito nos itens acima estarão cobertos por este Seguro os sinistros em consequência da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5.1 Exclusão para Atos Terroristas

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

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência. Para os casos de suicídio ou sua tentativa, haverá carência nos dois primeiros anos, contados da data de contratação.

O prazo de carência está limitado ao máximo de dois anos, e, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder a metade do prazo de vigência do seguro.

As carências e franquias estão estabelecidas nas condições especiais de cada cobertura.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O âmbito geográfico de cada cobertura contratada está descrito em suas respectivas Condições Especiais.

8. CONTRATAÇÃO

A contratação deste seguro se dará por meio do pagamento do Prêmio e a respectiva emissão do respectivo Bilhete de Seguro.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

O início de vigência do seguro será a partir da data do recebimento do prêmio.

O início e término de vigência do seguro serão às 24h00 (vinte e quatro horas) das datas para tal fim indicadas no Bilhete de Seguro.

Assim, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do seguro descrito no Bilhete de Seguro.

10. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Não haverá renovações automáticas para este seguro.

11. CAPITAL SEGURADO

Para fins deste Seguro, Capital Segurado, expresso em moeda corrente nacional, é a importância máxima a ser paga em função dos valores estabelecidos no Bilhete de Seguro para cada cobertura.

O tipo de Capital Segurado e a data do evento para efeito de determinação do mesmo estará definida nas Condições Especiais de cada cobertura, que são parte integrantes deste documento.

12. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

Os valores de Capital Segurado e Prêmios mencionados nestas Condições Gerais serão atualizados anualmente, com base na variação acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ocorrido entre o 14º e o 2º mês anterior ao mês do reajuste.

Em caso de extinção Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), deverá ser utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE).

Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordada que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas a nova disposição.

Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data em que se tornarem exigíveis.

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

No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O prêmio do Seguro será pago pelo Segurado em uma única parcela ou mensalmente, conforme estipulado no Bilhete de Seguro.

O pagamento poderá ser feito por intermédio de instituição bancária, incluindo seus correspondentes bancários, diretamente à sociedade seguradora ou a seus representantes de Seguro. A forma e local serão indicados pela Seguradora no respectivo documento de cobrança. Para garantir o direito às coberturas contratadas, o Segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio de Seguro até a data de vencimento.

O recolhimento de prêmios pelo representante de Seguro, em nome da Seguradora, poderá ser realizado por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo representante em sua atividade principal, como **contas** de consumo, carnês, boletos, faturas de cartões de crédito ou descontos em folha de pagamento do segurado.

Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, Segurado poderá efetuar o pagamento no 1º (primeiro) dia útil após tal data, sem que haja suspensão de suas garantias.

Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

O não pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, em caso de pagamento mensal, na data prevista no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

Para os Seguros com pagamento de prêmios mensais, decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a garantia será automaticamente suspensa por um período máximo de 60 (sessenta) dias, sujeitando o Segurado às cominações legais. Se ocorrer um sinistro, o Segurado e/ou Beneficiários ficarão sem direito a receber indenização por quaisquer das coberturas contratadas.

A reabilitação do Seguro se dará a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

Quando o pagamento da Indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização.

O representante de seguros deverá recolher dos segurados o valor do prêmio e efetuar o repasse à seguradora até a data de vencimento destas.

Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

Este contrato de seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes, e nos seguintes casos:

- a) Com o não pagamento do prêmio único do seguro nos prazos estipulados nas condições contratuais. O cancelamento ocorrerá a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura.**

- b) A pedido do Segurado, desde que feito por escrito à Seguradora. Neste caso, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, o prêmio calculado pelo método *pró rata temporis*.
- c) Com o término de vigência do seguro descrito no Bilhete;
- d) Com a morte ou invalidez total do Segurado;

O Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Se o Segurado, seu representante ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do Seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.

Na hipótese de ocorrência do sinistro com indenização integral:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

O Segurado é obrigado a comunicar ao Segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se for provado que silenciou de má-fé.

A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

A rescisão só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e a diferença do prêmio será restituída pela Seguradora, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

O Segurado perderá todo e qualquer direito, com relação a este seguro:

- a) Caso haja fraude ou tentativa de fraude, simulando um sinistro ou agravando as conseqüências de um sinistro para obter indenização.

- b) Caso haja reclamação dolosa, sob qualquer ponto de vista ou baseado em declarações falsas, ou emprego de quaisquer meios culposos ou simulações para obter indenização que não for devida.**

16. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo o sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado ou o evento previsto como risco excluído, o segurado/beneficiário deverá entrar imediatamente em contato com a Seguradora pela Central de Atendimento, para a obtenção das informações necessárias ao encaminhamento dos documentos referentes ao sinistro, de acordo com cada cobertura, conforme definido nas Condições Especiais deste seguro.

Atenção:

- a) Os documentos deverão ser apresentados em original ou cópia autenticada;**
- b) As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**

Após a entrega da documentação completa, exigida e necessária para regulação do sinistro, a indenização devida deverá ser paga em até 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega na Seguradora do último documento exigido.

No caso de não cumprimento do prazo máximo previsto para o pagamento da indenização, a Seguradora deverá atualizar a obrigação pecuniária a partir da data de vencimento de sua exigibilidade e aplicar juros moratórios.

- a) A atualização de que trata este artigo será efetuada com base na variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.**
- b) Juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, a partir do último dia previsto para o pagamento;**

Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer outros documentos além daqueles constantes nas condições especiais do produto, mediante dúvida fundada e justificável, desde que ocorrerá dentro do prazo máximo para pagamento da indenização. Neste caso a contagem de prazo para pagamento será interrompida uma única vez e voltará a correr na data do seu recebimento pela Seguradora.

Todas as indenizações serão efetuadas no Brasil e em moeda nacional e sob a forma de parcela única.

Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei, conforme previsto no Código Civil, art. 206, §§ 1º e 3º, incisos II e IV.

17. JUNTA MÉDICA

No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora poderá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica de que trata o “caput” deste item será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade 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.

Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei, conforme previsto no Código Civil.

18. PERÍCIA DA SEGURADORA

O Segurado autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar, e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.

Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu médico assistente.

19. BENEFICIÁRIOS

No caso de Morte, o Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga conforme Código Civil.

Na falta das pessoas acima indicadas, serão beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

O Beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o Segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil.

Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Perda de Renda, o Beneficiário é sempre o próprio Segurado.

20. REGIME FINANCEIRO

Este seguro está estruturado em Regime de Repartição simples, desta forma não é prevista a devolução de prêmios de seguros ao Segurado ou ao Beneficiário.

21. FORO

As demandas judiciais, entre o Segurado ou beneficiário e a Seguradora que envolvam questões relacionadas a seguro serão sempre processadas no foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

Eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
CLÁUSULA 1ª – COBERTURA DE MORTE**1. O QUE ESTÁ COBERTO**

Consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) no Bilhete, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante a vigência do seguro.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 15 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais.

3. CARÊNCIA

Para efeito de início desta cobertura, deverá ser considerado o período de carência de até 30 (trinta) dias para morte natural, contados a partir do início de vigência do Bilhete de Seguro. Não há carência para eventos decorridos de acidentes.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Para fins de indenização de sinistro de Morte Natural ou Acidental aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Morte Natural ou Acidental, tomar-se-á como data do sinistro a data do óbito.

6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE MORTE

- a) Aviso de Sinistro;
- b) Cópia Autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Em caso de morte não determinada na Certidão de Óbito, encaminhar também Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou Instituto Médico Legal (IML);
- d) Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado.

- e) Comprovante de residência em nome do Segurado (cópia autenticada de conta de água, luz, gás ou telefonia fixa ou móvel);
- f) Laudos e exames médicos relacionados ao óbito do segurado.
- g) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Documento de identificação do(s) beneficiário(s).

Em caso de falecimento decorrente de Morte Acidental, além dos documentos solicitados para a cobertura de morte natural, exige-se também:

- a) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir;
- b) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- c) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML).

CLÁUSULA 2ª – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)**1. O QUE ESTÁ COBERTO**

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, durante a vigência do seguro, é garantido ao Segurado o pagamento do Capital Segurado estabelecido no Bilhete de Seguro.

Para efeito deste seguro, considera-se Invalidez Permanente e Total por Acidente a perda ou impotência funcional definitiva e total de membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente, constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, com ocorrência de um ou mais dos eventos a seguir:

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

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 15 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, excluem-se dessa cobertura:

- a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- b) Eventos decorrentes de Doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- c) Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
- d) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.
- e) Perda de dentes e os danos estéticos.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Para fins de indenização de sinistro de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

4. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Invalidez Permanente por Acidente, tomar-se-á como data do sinistro a data da ocorrência do acidente.

5. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

- a) Aviso de Sinistro;
- b) Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de residência em nome do Segurado (cópia autenticada de conta de água, luz, gás ou telefonia fixa ou móvel);
- d) Dados Bancários do Segurado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez;
- h) Cópia autenticada e/ou original dos exames comprobatórios do acidente sofrido pelo segurado (laudos e filmes), realizados em Clínicas, Consultórios e Hospitais;
- i) Laudo médico detalhado do médico, informando o grau de invalidez do segurado;
- j) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência (BO), emitido por autoridade policial, se houver;
- k) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações em decorrência de morte e de invalidez permanente total por acidente do Segurado não se acumulam.

Ocorrendo a indenização por invalidez permanente total por acidente do Segurado, o Seguro será cancelado.

CLÁUSULA 3ª - COBERTURA DE PERDA DE RENDA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Perda de Renda, decorrente, exclusivamente, do afastamento temporário da ocupação profissional habitual do Segurado, por um prazo superior ao da franquia, desde que ocorrida durante a vigência do seguro, é garantido o pagamento de indenização sob a forma de renda mensal temporária. Os respectivos valores e quantidade de parcelas serão estabelecidos no Bilhete de Seguro.

Para efeito deste seguro, considera-se Perda de Renda o afastamento temporário da ocupação profissional habitual, que impossibilita de forma contínua e ininterrupta o Segurado de exercer sua ocupação profissional por um prazo superior ao da carência e franquia.

Caso o segurado seja profissional assalariado, deverá ser comprovado, na data do sinistro, um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.

O Afastamento Temporário da ocupação profissional habitual deve ser comprovado através da apresentação da documentação prevista no item 7 destas Condições Especiais e no item 16 das Condições Gerais.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 15 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura:

Para profissionais assalariados:

- a) Demissão por justa causa;
- b) Renúncia ou Perda Voluntária do vínculo empregatício;
- c) Aposentadoria;
- d) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecida no Contrato;
- g) Trabalho de Profissionais Liberais ou Funcionários que tenham cargo de eleição pública, que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores, e outros de nomeação no Diário Oficial;
- h) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais do que um emprego no mesmo período;
- i) Casos de falência, concordata ou dissolução da empresa em que o segurado não possua os documentos necessários, exigidos nestas condições, para comprovação da rescisão do contrato de trabalho;
- j) Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco

Para profissionais liberais com comprovação de renda:

- a) A hospitalização para “check-up”;
- b) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- c) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- d) As cirurgias plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- e) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- f) Os tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- g) Os procedimentos não previstos no Código Brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h) As lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (síndrome do túnel do carpo, tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);
- i) Os tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
- j) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- k) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- l) As doenças de características reconhecidamente progressivas/degenerativas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide e osteoartrose, osteoartrite, ganartrose, poliartrose, dorsalgia e bursite;
- m) As lombalgias, lombociatalgias ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, discopatia e protusões discais degenerativas;
- n) Hérnia inguinal em decorrência de doença;
- o) Laserterapia, Escleroterapia e Microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias.

Para profissionais liberais sem comprovação de renda:

- a) As doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas diretas ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) As doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste contrato de seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a internação hospitalar seja decorrente de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;
- c) A hospitalização para “check-up”, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) O tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) As cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- g) Os procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;

- h) As anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- i) As lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dormio facial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados à DORT);**
- j) Os tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas conseqüências;**
- k) Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- l) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- m) As doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide e osteoartrose;**
- n) As lombalgias, lombociatalgias ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;**
- o) Laserterapia, Escleroterapia e Microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- p) Os tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- q) Internações ocorridas durante o período de carência, estabelecida no Contrato. Estão também excluídas da cobertura deste seguro, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitalares, tais como:**
 - a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;**
 - b) Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;**
 - c) Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;**
 - d) Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;**
 - e) Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;**
 - f) Estâncias hidrominerais, “spa” (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.**

3. CARÊNCIA

Para efeito de início desta cobertura, deverá ser considerado o período de carência de até 30 (trinta) dias para os eventos decorrentes de doença ou perda de renda, contados a partir do início de vigência do Bilhete de Seguro.

4. FRANQUIA

A Seguradora indenizará somente os eventos cobertos que excederem a franquia de até 30 (trinta) dias.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

A cobertura de Perda de Renda aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

6. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Perda de Renda, tomar-se-á como data do sinistro:

- a) Para profissionais Liberais com comprovação de renda: data do afastamento do segurado.
- b) Para profissionais Liberais sem comprovação de renda: data da internação do segurado.
- c) Para profissionais Assalariados: data último dia de trabalho, constante do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho do Segurado com ex-empregador.

7. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE PERDA DE RENDA**Para todos tipos de profissionais:**

- a) Cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- b) Comprovante de residência em nome do Segurado (cópia autenticada de conta de água, luz, gás ou telefonia fixa ou móvel);

Para profissionais assalariados:

- a) Cópia autenticada da Carteira Profissional (CTPS) do segurado – envio mensal;
 - Página da Identificação Visual (foto);
 - Página da Qualificação Civil (verso da foto);
 - Página imediatamente anterior a do último contrato de trabalho;
 - Página do Contrato de Trabalho, onde consta a admissão e demissão;
 - Página Posterior a do Contrato de trabalho (mesmo em branco);
- b) Cópia autenticada do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho, com assinatura e carimbo do Órgão Homologador (TRT ou Sindicato);
- c) Cópia autenticada da Comunicação de Dispensa – CD (via marrom), devidamente protocolada pelo Posto de Atendimento do Seguro Desemprego.

Para profissionais liberais com comprovação de renda:

- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou seu Representante Legal, com firma reconhecida das assinaturas;
- b) Atestado Médico (original ou cópia autenticada), constando o início e o término do período de incapacidade;
- c) Cópia autenticada e/ou original dos exames comprobatórios do(a) acidente ou doença sofrido(a) pelo segurado (laudos e filmes), realizados em Clínicas, Consultórios e Hospitais;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência (BO), emitido por autoridade policial, em caso de acidente, se houver;
- e) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- f) Cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro).

Para profissionais liberais sem comprovação de renda:

- a) Cópia do Prontuário Hospitalar;
- b) Declaração da entidade hospitalar constando: 1. Nome do segurado, 2. Data da internação e da alta médica, 3. Diagnóstico detalhado, 4. Descrição do procedimento, exames médicos realizados, tratamento ou cirurgias realizadas.
- c) Identificação do médico (s) assistente (s);
- d) Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- e) Declaração médica do tempo previsto para recuperação do Segurado
- f) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir,
- g) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado;
- h) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado;
- i) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Relatórios médicos e laudo pericial que comprove a incapacidade do Segurado por doença;
- k) Renda, Registro de autônomo no INSS ou GFIP).