



CONDIÇÕES GERAIS **SEGURO PRESTAMISTA**

OUTUBRO/2025

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO PRESTAMISTA**

PROCESSO SUSEP Nº 15414.900385/2014-26
(OUTUBRO/2025)

GARANTIDO POR ASSURANT SEGURADORA S.A.
CNPJ: 03.823.704/0001-52

Ramo: Prestamista Grupo Pessoas Individual

1. APRESENTAÇÃO

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

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

Este seguro é da MODALIDADE II – Capital Segurado Vinculado: modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

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

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.

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.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros e da Sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.gov.br/susep

*Para os casos não previstos nestas **CONDIÇÕES GERAIS** serão aplicadas as leis que regem os **SEGUROS no Brasil**.*

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.

2.1. 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;

2.2. 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.

2.3. Ato Ilícito

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

2.4. Ato (ilícito) Culposos

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.

2.5. Ato (ilícito) Doloso

Ato intencional praticado para prejudicar a outrem.

2.6. Aviso de Sinistro

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

2.7. Beneficiário

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

2.8. Bilhete de Seguro

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

2.9. 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.

2.10. Capital Segurado

É a importância máxima a ser paga ao(s) beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro.

2.11. Carência

É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da sua 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.

2.12. Condições Contratuais

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

2.13. Condições Especiais

É o conjunto das disposições específicas relativas a cada cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

2.14. Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas, comuns a todas as coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

2.15. Corretor

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

2.16. Credor

É a pessoa jurídica onde o segurado contraiu a obrigação objeto deste seguro, podendo este ser o representante de seguro ou empresa de seu grupo.

2.17. Doenças Profissionais

São as doenças produzidas ou desencadeadas pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, constantes da respectiva relação elaborada pelo Ministério da Previdência Social.

2.18. Dolo

É a 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.

2.19. Evento

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

2.20. Evento Coberto

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

2.21. Franquia

Quantia fixa, definida no Bilhete de Seguro, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do contrato. Especificamente, neste seguro, a franquia será revertida em dias.

2.22. Garantias

É a designação genérica dos riscos assumidos pela Seguradora. Sinônimo: Cobertura.

2.23. Hospital

São os estabelecimentos legalmente habilitados, constituídos e licenciados no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico de seus pacientes.

2.24. Internação Hospitalar

Caracteriza-se Internação Hospitalar do Segurado a internação com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

2.25. Indenização

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

2.26. Início de Vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;

2.27. Nota técnica atuarial

documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais;

2.28. Período de Cobertura

É aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.29. Prêmio

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

2.30. 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.

2.31. Regulação do Sinistro

Trata-se do processo de avaliação das causas, consequências e circunstâncias do sinistro e do direito à indenização.

2.32. 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.

2.33. Riscos

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

2.34. Riscos Coberto

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

2.35. Riscos Excluídos

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 Básicas ou Adicionais, 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.

2.36. Segurado

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

2.37. Seguradora

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.38. Sinistro

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

2.39. Vigência do Contrato

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro.

Para este tipo de seguro, por se tratar de Regime Financeiro de repartição simples, não está prevista a devolução de prêmios ou provisões técnicas de seguro ao segurado, ao beneficiário ou à Credor do seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

Este Seguro Prestamista, cuja modalidade de capital segurado é vinculado, ou seja, o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste, tem por objetivo amortizar ou custear, total

ou parcialmente, obrigação assumida pelo Segurado, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado.

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
- c) Doenças Graves

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, inundações, enchentes, alagamentos, enxurradas, dilúvios, tsunamis, desmoronamento e deslizamento de terra 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, independente 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 quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, 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. CONTRATAÇÃO

A contratação deste seguro se dará por meio da emissão do respectivo Bilhete de Seguro.

8. VIGÊNCIA DO SEGURO

A vigência do seguro será discriminada no bilhete, juntamente com os prazos de carência e franquia, que deverão ser respeitados quando houver.

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

O início e término de vigência serão às 24h (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.

Havendo repactuação do prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada de que:

I – se houver redução do 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; e

II – se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará, no prazo de 15 dias, quanto ao interesse ou não da extensão da vigência do seguro.

9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Não haverá renovações para este seguro.

10. 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.

Os Capitais Segurados irão variar de acordo com a variação da dívida do Segurado.

A Seguradora não indenizará valores referentes a parcelas vencidas e não pagas na data da ocorrência do sinistro, bem como seus encargos financeiros e

qualquer parcela de financiamento anterior à contratação deste seguro.

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.

11. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Não haverá atualização monetária dos valores dos Capitais SEGURADOS, uma vez que estes sofrem variação de acordo com a variação da dívida do SEGURADO.

12. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será recalculado de acordo com a variação da dívida do SEGURADO, e corresponderá ao total do saldo devedor ou parte dele, de acordo com o estabelecido no Bilhete de seguro e nas Condições Especiais da cobertura.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

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, conforme abaixo:

(i) 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;

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

Na hipótese da extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o INPC/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Este seguro será custeado integralmente pelo Segurado, cabendo ao Representante de Seguros apenas recolher o valor relativo ao Prêmio e repassá-lo de forma integral à Seguradora.

O valor do Prêmio do Seguro constará no Bilhete, e seu pagamento será feito sob a forma de “PRÊMIO único”, na forma e local indicados pela Seguradora no respectivo documento de cobrança, devendo ser

obrigatoriamente observada a data-limite (data do vencimento) prevista no referido documento de cobrança do prêmio.

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

Nos contratos de seguros cujo prêmio tenha sido pago à vista mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, a seguradora não poderá cancelar o seguro nos casos em que a seguradora deixar de pagar o financiamento.

O pagamento do prêmio à vista será efetuado através de rede bancária, ou de seus representantes bancários, por meio de documento emitido pela Seguradora, ou através de débito em conta corrente do Segurado ou através de seus representantes de seguro.

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 do segurado, efetivada através de transação financeira apartada e devidamente discriminada.

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

O pagamento do prêmio deverá ser efetuado até a(s) data(s) limite prevista(s) para esse fim no documento de cobrança.

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

Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio à vista sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

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

Fica vedado o cancelamento do Contrato de Seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

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

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

Este Contrato de Seguro poderá ser rescindido, por iniciativa de qualquer das Partes contratantes e com concordância recíproca, a qualquer tempo, observada a seguinte disposição:

I - a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

O contrato será rescindido nos casos em que tenha ocorrido má-fé, fraude, culpa e/ou dolo por parte do Segurado, no sentido de fraudar o presente seguro. A rescisão do Contrato de Seguro e o cancelamento do respectivo Bilhete de Seguro se dará de pleno direito, independente de notificação judicial ou extrajudicial, perdendo o Segurado o direito à totalidade do prêmio pago, assim como às indenizações pactuadas, estando obrigado, ainda, a pagar à Seguradora as parcelas vencidas do prêmio, se houver.

Este Contrato de Seguro será cancelado ainda:

- a) Com o término do prazo de vigência do seguro descrita no bilhete;**
- b) Com a morte do Segurado;**
- c) Com o esgotamento do Capital Segurado, ou seja, quando a indenização ou a soma das indenizações pagas atingir o valor máximo do Capital Segurado Contratado expresso no Bilhete de Seguro.**
- d) Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado. Neste caso a seguradora deve ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;**
- e) Quando o segurado solicitar a exclusão do seguro;**
- f) Quando o prêmio não for pago conforme descrito na cláusula 14.**

Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se a atualização monetária pela variação do IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

- a) No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;
- b) No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de seu recebimento.

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

16. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O Segurado perderá o direito à indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas nas condições contratuais, que acarretem agravamento intencional do risco coberto;
- b) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências;
- c) Não comunicação à Seguradora, logo que saiba, de todo incidente que agravar o risco coberto. Para a comunicação, o segurado poderá utilizar a Central de Atendimento da Seguradora;
- d) 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;
- e) Por qualquer meio ilícito, procurar obter benefícios do presente contrato.

Se a inexistência ou a 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) Mediante acordo entre as partes, permitir continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

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

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

A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento 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 ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

17. 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) O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-

se ao tratamento exigido para uma cura completa;

- c) 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 dos documentos listados nas Condições Especiais.

Após este prazo são devidos:

- a) Juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, a partir do último dia previsto para o pagamento;
- b) Multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização deveria ter sido paga.
- c) Atualização monetária com base na variação (se positiva) apurada entre o último índice do IPCA/IBGE anterior à data do sinistro e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

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. Neste caso a contagem de prazo para liquidação será suspensa por no máximo 1 (uma) vez, e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem entregues à Seguradora todos os documentos exigidos.

Todas as indenizações serão efetuadas no Brasil e em moeda nacional.

Os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

18. 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, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

19. 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.

20. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário em todas as coberturas deste seguro será o Credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor do saldo da dívida ou do compromisso, limitado ao capital segurado. O nome e o CNPJ do credor constarão do bilhete de seguro.

21. FORO

As questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a seguradora serão processadas no foro de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA 1ª – COBERTURA DE MORTE

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Morte Natural ou Acidental do Segurado, durante a vigência do seguro, é garantido ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado estabelecido no Bilhete de Seguro.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 16 - 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.

4. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será o valor do saldo devedor na data do sinistro limitado ao valor estabelecido no Bilhete de Seguro.

O valor de capital segurado apresentado no Bilhete é decrescente, variável conforme a dívida.

O valor do capital segurado e consequentemente a indenização a ser paga ao beneficiário em caso de sinistro coberto, é liquidada de valores referentes a parcelas vencidas e não pagas na data da ocorrência do sinistro, bem como de seus encargos financeiros.

A seguradora não assumirá parcelas de financiamento anteriores à data de contratação deste seguro, sendo estas de responsabilidade exclusiva do segurado.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura de Morte aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE MORTE

- Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ou Representante Legal do Segurado, com firma reconhecida das assinaturas;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- 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);
- Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado;
- Comprovante de residência em nome do Segurado (cópia autenticada de conta de água, luz, gás ou telefonia fixa ou móvel);
- Laudos e exames médicos relacionados ao óbito do segurado.

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

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

CLÁUSULA 2ª – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Morte Acidental do Segurado, é garantido ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado estabelecido no Certificado Individual de Seguro, durante a vigência do seguro.

2. BENEFICIÁRIO

O primeiro beneficiário será o Credor, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, limitado ao capital segurado, havendo capital remanescente, será pago a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ou a seus herdeiros legais do segurado.

3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 16 - PERDA DO DIREITO à INDENIZAÇÃO das Condições Gerais.

4. ELEGIBILIDADE

Para as coberturas de Morte Acidental, são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE MORTE ACIDENTAL

- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ou Representante Legal do Segurado e pelo Médico Assistente do mesmo, com firma reconhecida das assinaturas;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- 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) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir;
- f) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- g) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML).

CLÁUSULA 3ª – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, durante a vigência do seguro, é garantido ao(s) beneficiário(s) 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 16 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura:

- a) Intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente 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) A perda de dentes e os danos estéticos.

3. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será o valor do saldo devedor na data do sinistro limitado ao valor estabelecido no Bilhete de Seguro.

O valor de capital segurado apresentado no Bilhete é decrescente, variável conforme a dívida.

O valor do capital segurado e consequentemente a indenização à ser paga ao beneficiário em caso de sinistro coberto, é liquida de valores referentes a parcelas vencidas e não pagas na data da ocorrência do sinistro, bem como de seus encargos financeiros;

A seguradora não assumirá parcelas de financiamento anteriores à data de contratação deste seguro, sendo estas de responsabilidade exclusiva do segurado.

4. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

- 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) Cópia autenticada e/ou original dos exames comprobatórios do acidente sofrido pelo segurado (laudos e filmes), realizados em Clínicas, Consultórios e Hospitais;
- c) Laudo médico detalhado do médico, informando o grau de invalidez do segurado;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência (BO), emitido por autoridade policial, 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 do RG e CPF do Segurado;

- g) Comprovante de residência em nome do Segurado (cópia autenticada de conta de água, luz, gás ou telefonia fixa ou móvel);
- h) Dados Bancários do Segurado.

7. 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 4ª – 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 junto ao Credor, sob a forma de prestação(ões) mensal(is), de no máximo 12 (doze) parcelas. Os respectivos valores e quantidade de parcelas serão estabelecidos no bilhete e destina-se exclusivamente à liquidação de parte ou da totalidade das prestações da dívida ou compromisso do segurado junto ao Credor.

A seguradora não assumirá parcelas de financiamento anteriores à data de contratação deste seguro, sendo estas de responsabilidade exclusiva do segurado.

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 8 destas Condições Especiais desta

cobertura. Para profissionais liberais ou autônomos, será avaliado afastamento laboral causado por incapacidade física temporária ou internação hospitalar devidamente comprovada através da documentação necessária.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 16 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura:

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, cervicobraquialgias 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, artrite reumatóide 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 consequentes;
- 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, cervicobraquialgias 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 consequências;

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, artrite reumatóide e osteoartrite;

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.

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.

3. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será a quitação das parcelas a vencer do contrato de financiamento do segurado junto ao Credor, limitado ao valor estabelecido no Bilhete de Seguro, desde que tenha cumprido o período de carência e franquia da cobertura.

Não haverá reintegração de capital segurado.

4. CARÊNCIA

Para efeito de início desta cobertura, deverá ser considerado o período de carência de até 60 (sessenta) dias para os eventos decorrentes de doenças ou desemprego involuntário, contados a partir do início de vigência do Bilhete de Seguro.

5. FRANQUIA

A Seguradora indenizará somente os eventos cobertos que excederem a franquia de) até 60 (sessenta) dias.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. 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.

8. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE PERDA DE RENDA

Para todos os 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 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 sofridos(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;

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

CLÁUSULA 5ª - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1. Desde que contratada a cobertura de Doenças Graves, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao beneficiário, ou ao Credor, definida nas condições contratuais, a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e capital segurado contratado, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, ou da realização de um procedimento médico coberto, observado o Período de Carência, os Riscos Excluídos e a legislação aplicável.

2. COBERTURAS

2.1. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças e os procedimentos médicos abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que

os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas, e desde que o diagnóstico ou realização do procedimento ocorra durante a vigência do Seguro e após o período de Carência. **Para efeito deste seguro, são consideradas doenças graves:**

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC): obstrução aguda da circulação sanguínea cerebrovascular causada por obstrução do fluxo sanguíneo ou hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracerebral ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente. O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética ou exame de líquido, bem como atestado por laudo médico.

b) Câncer (Exceto de pele e os não invasivos): crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anátomo- Patológico para sua classificação definitiva.

c) Cirurgia Coronariana Tipo “Bypass”: cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (“Bypass”) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista.

d) Infarto agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e exames de eletrocardiograma e laboratoriais (enzimas específicas). O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- História de dores torácicas típicas;
- Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
- Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB); e

- Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.

e) Insuficiência Renal Terminal: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

f) Transplante Total de Órgãos: necessidade médica do segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.

2.2. Estas doenças ou condições físicas poderão ser identificadas pela Seguradora através de todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive os prontuários médico-hospitalares em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

3. CONDIÇÕES DE COBERTURA

3.1. Para que haja direito à Cobertura securitária, imprescindível o atendimento conjunto dos seguintes requisitos:

a) o diagnóstico tenha sido emitido pela primeira vez após a data de início de Vigência do Seguro ou o procedimento cirúrgico realizado durante a Vigência de Seguro.

4. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos excluídos previstos nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 16 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves os seguintes eventos:

4.1 Cobertura de Câncer:

- a) carcinomas não invasivos “in situ” (incluindo displasia cervical) e outras lesões pré-neoplásicas;**
- b) carcinoma baso-celular e hiperqueratoses;**
- c) carcinoma de células escamosas de pele, exceto quando se tratar de disseminação em outros órgãos;**
- d) sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;**
- e) qualquer tipo de Câncer de pele que não seja melanoma maligno invasivo de menos de 1,2 mm de espessura determinado por exame e menos de Clark level 3;**

- f) leucemia linfática crônica;
- g) câncer de próstata que através de exame histológico, pertença a etapa T1 (incluindo T1A e T1B do sistema TNM) ou de qualquer outra classificação menor.

4.2. Cobertura de Infarto:

- a) os infartos do miocárdio antigos demonstrados através do Eletrocardiograma (ECG);
- b) qualquer angina do peito, incluindo, mas não se limitando, a angina estável e instável e angina decúbito;
- c) infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG, com elevação da troponina "I" ou "T" e;
- d) outras síndromes coronarianas agudas.

4.3. Acidente Cerebral Vascular:

- a) ataques isquêmicos transitórios;
- b) qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
- c) injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- d) hemorragia cerebral causada por acidente;
- e) hemorragia cerebral causada por tumores;
- f) hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
- g) obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
- h) sintomas neurológicos causado por enxaquecas.

4.4. Cobertura de Cirurgia Coronariana tipo "bypass":

- a) angioplastia;
- b) outros procedimentos intra-arteriais;
- c) cirurgia tipo "key-hole" (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
- d) quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.

4.5. Cobertura de Transplante Total de Órgãos:

- a) transplantes dos demais órgãos não listados nestas Condições Gerais;
- b) transplante de tecido;
- c) transplante de células tronco;
- d) transplante de células-beta do pâncreas;
- e) auto-transplante; e

- f) quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

5.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições contratuais deste seguro.

5.2. Após o pagamento da indenização, a cobertura será automaticamente cancelada.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida nas condições contratuais, vigente na data da caracterização de Doenças Graves.

6.2. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Doença Grave, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

6.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Esta cobertura cessará:

7.1 Simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação do seguro à qual está vinculada;

7.2. Com o término do vínculo entre o segurado e o Credor; e

7.3. Quando o segurado solicitar o cancelamento ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

7.4. Quando do pagamento do Capital Segurado desta cobertura.

8. CARÊNCIA

8.1. O período de Carência, a ser definido nas condições contratuais de Seguro, será contado a partir do início de Vigência do Seguro do Bilhete de Seguros.

8.2. O prazo de Carência será de até 90 (noventa) dias, não podendo exceder metade do prazo de Vigência previsto no Bilhete de Seguros.

9. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE DOENÇAS GRAVES

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia;
- c) laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).

9.2. A ocorrência do sinistro decorrente de **Infarto Agudo do Miocárdio** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

9.3. A ocorrência do sinistro decorrente de **Acidente Vascular Cerebral** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia;
- c) exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano).

9.4. A ocorrência do sinistro decorrente de **Cirurgia Coronariana tipo "by-pass"** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca

9.5. A ocorrência do sinistro decorrente de **Insuficiência Renal Terminal** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia;
- c) exames complementares apropriados.

9.6. A ocorrência do sinistro decorrente de **Transplante de Órgãos** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

9.7. Considera-se a data do evento, a data do diagnóstico da doença devidamente comprovada.

9.8. Somente haverá garantia para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro individual, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma, acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

9.9. O pagamento de qualquer indenização decorrente da garantia de doenças graves significa o cancelamento imediato do seguro.

9.10. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas, a seguradora poderá realizar perícia médica no segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

9.10.1. O segurado ou sua família deverão permitir e contribuir para que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, forneçam as informações solicitadas pela Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

9.10.2. Os resultados apurados pela perícia realizada pela seguradora, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o segurado e seu médico assistente.

9.10.3. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da seguradora.

9.11. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Grave são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico. As providências que a seguradora tomar, visando

esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta garantia.

10. BENEFICIÁRIO

10.1. Para a cobertura de Doenças Graves cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o primeiro beneficiário será o Credor do compromisso financeiro ou serviço.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

11.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

