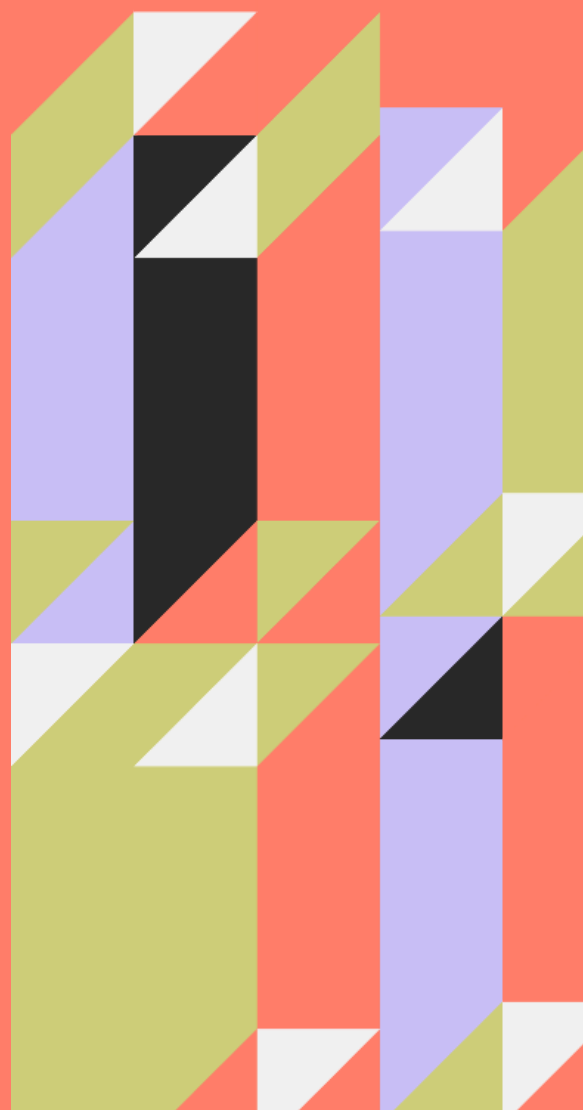


Seguro Prestamista Bilhete

Capital Vinculado
Ramo 1377

Processo Susep nº 15414.609571/2024-03
Versão Junho/2024



Índice

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	2
2. GLOSSÁRIO	2
3. OBJETIVO DO SEGURO	6
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO	6
5. COBERTURAS DO SEGURO	6
6. RISCOS EXCLUÍDOS	6
7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO	7
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	8
9. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	9
10. PAGAMENTO DE PRÊMIO	10
11. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	11
12. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	11
13. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	13
14. PERDA DE DIREITOS	13
15. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO	14
16. FORO	15
17. PRESCRIÇÃO	16
MORTE	16
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	18
PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	22
PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA	25
PERDA DE RENDA	29

CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Este seguro é garantido pela 180 Seguros S.A. CNPJ 39.999.619/0001-97.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.4. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- 1.5. Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.
- 1.6. A utilização de meios remotos para emissão dos documentos contratuais deste seguro garante ao segurado a possibilidade de impressão e de download dos mesmos.
- 1.7. É vedada a oferta do seguro como condicionante para fornecimento, por terceiro, de produto, crédito ou serviço.

2. GLOSSÁRIO

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.

Agravação do risco: aumentar a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora quando da emissão do Bilhete de Seguro.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica cedente do crédito, financiamento, serviço ou produto ao segurado, a quem deve ser paga a indenização na ocorrência do evento coberto.

Bilhete de Seguro: documento emitido pela seguradora que formaliza a contratação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: valor máximo sob responsabilidade da seguradora, para cada cobertura contratada, e que deverá ser respeitado em caso de sinistro indenizável.

Capital Segurado Vinculado: é a modalidade de seguro prestamista em que o capital segurado está vinculado ao valor da dívida ou compromisso financeiro, sendo alterado automaticamente durante a vigência do certificado individual a cada amortização ou reajuste.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do seguro, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento do prêmio.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais, que estabelecem os direitos e obrigações do segurado, estipulante, beneficiário e seguradora.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas, comuns a todas as coberturas do seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Corretor de Seguro: profissional habilitado pela SUSEP e autorizado a angariar e promover contratos de seguros.

Credor: aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso financeiro assumido.

Declaração Pessoal de Saúde: documento legal e formal, contido no processo de contratação do seguro, no qual o proponente fornece as informações pessoais sobre sua saúde, doenças, tratamentos médicos, internações, etc, responsabilizando-se pela veracidade destas, sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela Seguradora.

Doenças ou Lesões Preexistentes: doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado, anteriormente à data de contratação do seguro, que sejam de seu conhecimento no ato da contratação.

Documentos Contratuais: bilhete de seguro e endosso.

Emolumento: conjunto de despesas adicionais que a seguradora cobra do segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.

Evento: toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa, passível de ser garantido por um seguro.

Franquia: é o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de ocorrência do sinistro, e fim determinado no Bilhete de Seguro, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que ocorrer durante o período de franquia.

Indenização: é o valor que a seguradora deve pagar ao beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

Meios Remotos: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

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

Prêmio: é o valor a ser pago pelo segurado à seguradora, com periodicidade prevista no contrato, para a garantia do risco.

Pro-rata temporis: é o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias decorridos de vigência do contrato.

Profissional Autônomo: é um profissional sem vínculo empregatício, que trabalha de forma independente e não é funcionário de nenhuma empresa.

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: é a possibilidade de um acontecimento externo, inesperado, causador de dano material e/ou corporal, gerando um prejuízo ou necessidade econômica. As características que definem o risco são: incerto e aleatório, possível, futuro e independentemente da vontade das partes contratantes.

Riscos Cobertos: riscos previstos no contrato de seguro que, em caso de concretização, dá origem a indenização ao segurado.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Contratuais e/ou no Bilhete de Seguro **que não serão cobertos pelo seguro.**

Saldo Devedor/Saldo da Dívida: Somatório das parcelas vincendas oriundas da obrigação assumida pelo segurado junto ao credor, a que este seguro está atrelado, atualizado com base na data do evento coberto para efeito de determinação da indenização.

Segurado: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, sendo que esta poderá ser indicada pela pessoa jurídica, devedora da obrigação ao qual este seguro está atrelado, desde que a mesma seja um dos sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários da respectiva empresa.

Seguradora: empresa legalmente constituída e autorizada para assumir e gerir riscos especificados no contrato de seguro.

Sinistro: ocorrência de evento passível de cobertura e indenização, de acordo com os limites contratados, durante o período de vigência do seguro.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados. Autarquia federal responsável pela regulação e fiscalização do mercado de seguros.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, com início e término determinado no Bilhete de Seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo segurado ao beneficiário do seguro, até o limite do valor do capital segurado, em cada uma das coberturas contratadas, no caso de ocorrência de algum dos eventos cobertos nelas previstos e especificado nas Condições Contratuais.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. Considera-se âmbito geográfico das coberturas os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, que deverá constar das Condições Especiais das coberturas.

4.2. O disposto no subitem anterior não se aplica à cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário quando contratada, sendo que a cobertura ficará restrita para eventos ocorridos no Brasil.

5. COBERTURAS DO SEGURO

5.1. Este seguro é composto por cobertura básica, com contratação obrigatória, e coberturas adicionais, de contratação facultativa.

5.2. Somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas no Bilhete de Seguro, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras descritas nestas Condições Contratuais.

5.3. Nas Condições Especiais são apresentadas as disposições das coberturas, com a especificação dos riscos cobertos e, quando for o caso, das carências e franquias aplicáveis.

5.4. As exclusões específicas, se existentes, estarão inseridas após a descrição dos riscos cobertos nas respectivas Condições Especiais de cada cobertura.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Salvo disposição em contrário, estão excluídos para todas as coberturas estabelecidas nas Condições Especiais deste seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Atos terroristas, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de resolução, de agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, passeatas, protestos ou outras perturbações da ordem pública interna ou internacional e delas decorrentes,**

exceto a prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

- b) 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;
- c) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) segurado(s), beneficiários(s) ou pelo representante de um ou de outro, conforme art. 762 do Código Civil;
- d) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- e) Acidentes, doenças ou lesões, bem como suas consequências, preexistentes à contratação do segurado no presente seguro ou da alteração do capital segurado contratado originalmente, entendendo-se como tais àquelas de conhecimento do segurado e não declaradas no momento da contratação;
- f) Tratamentos estéticos, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- g) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- i) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- j) Acidente terrestre, aéreo ou marítimo, quando o segurado for o condutor do veículo acidentado sem a devida habilitação ou habilitação fora do prazo de validade;
- k) Lesão premeditada autoinfligida, suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do bilhete de seguro.

7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação do seguro poderá ser feita por pessoa física ou jurídica, por meio da emissão do Bilhete de Seguro.

7.2. No caso de pessoa jurídica, o seguro será feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, que deverão ser indicados no momento da contratação do seguro.

7.3. O Bilhete de Seguro será emitido, pela seguradora, com base nas declarações prestadas pelo segurado e/ou pelo representante de seguros.

7.4. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago, em conformidade com a cláusula RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.

7.5. A disponibilização do Bilhete de Seguro ao segurado, por meio remoto, ocorrerá imediatamente após sua emissão.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. Este seguro é contratado por prazo determinado, com início e término de vigência relacionados ao prazo da obrigação ou compromisso financeiro do segurado, ao qual este seguro está atrelado.

8.1.1. O início e término de vigência coincidirá com as horas e datas para tal fim indicadas no Bilhete de Seguro.

8.2. O prazo de vigência do seguro não poderá superar o prazo da obrigação a que está atrelado, podendo ser alterado durante a vigência do seguro quando da repactuação do prazo original do contrato relativo à obrigação financeira.

8.2.1. A seguradora deverá ser formalmente comunicada em caso de alterações do contrato relativo à obrigação financeira a que este seguro está atrelado.

8.3. Em caso de cancelamento ou antecipação da obrigação por parte do segurado a vigência do seguro estará automaticamente terminada, a contar da data de encerramento do respectivo contrato.

8.4. Em caso de ampliação do prazo original do contrato a seguradora poderá se manifestar, quanto ao interesse na extensão da vigência, sendo que a seguradora se reserva no direito de recalcular o prêmio com base nas novas premissas compartilhadas pelo segurado.

8.5. Não está prevista renovação automática do Bilhete de Seguro, portanto, caso o segurado tenha interesse em permanecer com o seguro nas mesmas condições, este deverá contratar um novo seguro.

9. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

9.1. O índice pactuado para a atualização de valores será o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou o índice que vier a substituí-lo.

9.2. A atualização será efetuada com base na variação 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.

9.3. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido acima, 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 recebimento do prêmio.

9.4. Os demais valores, incluindo a indenização, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de ocorrência do evento.

9.5. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em contrato para esse fim, respeitada a regulamentação específica, particularmente no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, serão de 1% (um por cento) ao mês.

9.6. Os valores relativos às obrigações pecuniárias relacionadas a prêmios, sob responsabilidade da seguradora ou do segurado, serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, convertidos de forma equivalente em juros diários, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em contrato para esse fim e serão calculados proporcionalmente a partir do primeiro dia posterior ao término desse prazo até a data do efetivo pagamento.

9.7. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

10. PAGAMENTO DE PRÊMIO

10.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou parcelado durante o período de vigência do seguro.

10.2. Em caso de parcelamento do prêmio, não será feita a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento, sendo que o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

10.3. A data limite para pagamento do prêmio será o dia de vencimento definido no Bilhete de Seguro.

10.4. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela implicará no cancelamento do seguro, desde o início de vigência.

10.5. Quando configurada a falta de pagamento de qualquer parcela subsequente a primeira, a seguradora enviará comunicado ao segurado, seu representante legal ou corretor de seguros, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o segurado, conforme o caso, alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

10.5.1. Não sendo efetuado o pagamento da(s) parcela(s) do prêmio em atraso o seguro será cancelado, considerando o prazo de vigência da cobertura em função do prêmio efetivamente pago, em base "pro-rata temporis".

10.6. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado.

10.7. Quando o pagamento de indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se houver.

10.8. Fica vedado o cancelamento do 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.

10.9. Devido a característica da estrutura deste plano de seguro, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao representante.

10.10. Nas situações de pagamento de prêmio em atraso, a seguradora reserva-se no direito de cobrar multa e juros moratórios em acordo com a cláusula ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

11. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

11.1. O sinistro deve ser comunicado à seguradora pelo corretor de seguro, pelo beneficiário, pelo segurado ou pelo seu representante legal, logo que tenham conhecimento da sua ocorrência, prestando todas as informações sobre qualquer outro fato relacionado com este seguro, bem como fornecer todos os documentos necessários para regulação descritos nas Condições Especiais da respectiva cobertura contratada.

11.2. A seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tenha sido instaurado.

12. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

12.1. Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o sinistro for caracterizado como risco coberto por estas Condições Contratuais.

12.2. A cobertura do seguro se dará somente pelo saldo devedor da dívida, tomada pelo segurado junto ao credor, sendo que parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado não serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga em caso de sinistro coberto.

12.2.1. O valor indenizável será apurado com base na data de ocorrência do sinistro, para estabelecer o montante a ser pago ao beneficiário, respeitando o critério de estabelecimento do capital segurado de cada cobertura de acordo com o valor do saldo devedor.

12.2.2. No caso de contratação do seguro por pessoa jurídica, em que haja indicação de mais de um sócio, deverá ser apurado o capital segurado individual, em conformidade com os valores constantes do Bilhete de Seguro.

12.3. A relação dos documentos necessários para a regulação de sinistro está prevista em cada uma das coberturas contratadas nas Condições Especiais. O prazo de regulação e pagamento do sinistro se inicia após o fornecimento da documentação básica solicitada.

12.4. Deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento a ser indenizado, com todos os documentos que comprovem as circunstâncias a ele relacionados, facultada à seguradora a adoção de medidas que venham a elucidar os fatos.

12.4.1. A seguradora poderá consultar especialistas, a seu exclusivo critério, para apurar a comprovação ou não do evento.

12.5. O prazo para análise e liquidação dos sinistros é de no máximo 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos solicitados.

12.5.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

12.5.2. O não cumprimento do prazo máximo previsto para o pagamento da indenização pela seguradora, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, em conformidade com a cláusula "ATUALIZAÇÃO DE VALORES".

12.6. A solicitação de documentos e demais procedimentos na apuração do evento, praticados pela seguradora após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

12.7. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado, beneficiário, seu representante legal ou corretor de seguros será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto.

12.8. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

13. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Não há reintegração para as garantias de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente.

13.2. Para as garantias de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do capital segurado será automática.

14. PERDA DE DIREITOS

14.1. O segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.

14.2. 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.

14.2.1. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do segurado e/ou do representante, a seguradora poderá:

14.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

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

- a) Cancelar o seguro após o pagamento da indenização retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

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

14.3. O segurado e/ou o representante está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado, pela seguradora, que silenciou de má-fé.

14.3.1. 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 contrato ou, mediante acordo entre partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

14.4. O segurado perderá o direito a indenização, de quaisquer coberturas contratadas, caso haja por parte do segurado, de seus representantes ou de seus beneficiários:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) Agravação intencional do risco;**
- c) Dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a indenização, ou ainda se o segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida pelo seguro.**

15. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO

15.1. O seguro será cancelado quando não houver o pagamento do prêmio, nas circunstâncias descritas na cláusula de PAGAMENTO DE PRÊMIO.

15.2. A cobertura do seguro cessa quando:

- a) Da extinção da obrigação ou compromisso financeiro vinculado ao seguro, com restituição de prêmio por parte da seguradora conforme tabela de prazo curto descrita no item 15.3.2 abaixo;**
- b) Do pagamento da indenização de morte ou invalidez permanente total por acidente, sem qualquer restituição de prêmio por parte da seguradora;**
- c) Do final de vigência do seguro, sem qualquer restituição de prêmio por parte da seguradora;**
- d) A contratação for feita por meios remotos, o segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da data de emissão do Bilhete de Seguro, desde que não tenha utilizado nenhuma cobertura. Em caso de desistência os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão**

integralmente devolvidos e estarão sujeitos a atualização conforme disposição da cláusula “ATUALIZAÇÃO DE VALORES”.

15.3. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com concordância recíproca, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo segurado.

15.3.1. Se a rescisão for a pedido da seguradora esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15.3.2. Se a rescisão for a pedido do segurado, a seguradora reterá, além dos emolumentos, do prêmio efetivamente pago a parcela correspondente ao período decorrido do início de vigência do seguro até a data de cancelamento, conforme Tabela de Prazo Curto:

Percentual do período de vigência decorrido até o cancelamento	Percentual do prêmio retido sobre prêmio pago	Percentual do período de vigência decorrido até o cancelamento	Percentual do prêmio retido sobre prêmio pago
4%	13%	53%	73%
8%	20%	58%	75%
12%	27%	62%	78%
16%	30%	66%	80%
21%	37%	70%	83%
25%	40%	74%	85%
29%	46%	78%	88%
33%	50%	82%	90%
37%	56%	86%	93%
41%	60%	90%	95%
45%	66%	95%	98%
49%	70%	100%	100%

Nota: Quando o percentual do período de vigência decorrido até o cancelamento não estiver previsto na tabela acima, será considerado o percentual imediatamente superior como base de cálculo do percentual do prêmio retido sobre prêmio pago.

16. FORO

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

17. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: COBERTURAS DO SEGURO

MORTE

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura garante o pagamento de indenização em caso de morte do segurado, seja por causas naturais ou acidentais ocorridas durante a vigência do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os riscos mencionados na cláusula "RISCOS EXCLUÍDOS" das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAL SEGURADO VINCULADO

3.1. O capital segurado é vinculado à obrigação a que este seguro está atrelado e será estabelecido como capital segurado no Bilhete de Seguro.

3.2. Como critério de estabelecimento do capital segurado vinculado, o seu valor deverá corresponder ao valor total ou parcial da dívida ou compromisso financeiro contraído contratualmente pelo segurado, a que este seguro está vinculado, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

3.3. O capital segurado vinculado durante o período de vigência do seguro não poderá ser superior ao capital segurado contratado e estabelecido no Bilhete de Seguro.

4. CARÊNCIA

O período de carência constará do Bilhete de Seguro sendo que não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do seguro.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

Morte decorrente de doença:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo representante do segurado ou beneficiário (formulário padrão);
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- c) Comprovante de residência do segurado;
- d) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- e) Cópia do comprovante da posição da obrigação da dívida ou compromisso financeiro do segurado junto ao beneficiário imediatamente anterior à ocorrência do sinistro;
- f) Relatório médico detalhando diagnóstico e início de tratamento;
- g) Laudos e/ou exames referentes à patologia que levou o segurado a óbito.

Morte decorrente de acidente:

Além dos documentos relacionados acima para o caso de morte decorrente de doença, providenciar:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- b) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- c) Cópia do Laudo Necroscópico – IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- d) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- e) Cópia da habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- f) Cópia do Laudo das Capitâneas dos Portos em caso de naufrágio e/ou afogamento, se houver.

Para seguros contratados por pessoa jurídica deverá ser providenciada cópia do Contrato Social da respectiva empresa que comprove o vínculo da pessoa indicada no seguro.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

6. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

6.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no Bilhete de Seguro representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

6.2. A indenização será equivalente ao valor correspondente ao saldo devedor da posição da dívida ou compromisso financeiro a que este seguro está atrelado, atualizado com base nos critérios aplicáveis para pagamento único e integral do referido compromisso assumido pelo segurado junto ao credor, respeitando-se o limite do capital segurado vinculado contratado para esta cobertura.

6.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário:

- a) Morte por doença: A data do falecimento do segurado;
- b) Morte por acidente: A data do acidente do segurado que resultou em sua morte.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura garante o pagamento de indenização em caso de invalidez permanente total por acidente do segurado, decorrentes de lesões físicas por causas acidentais, ocorridas durante a do seguro.

1.2. As lesões físicas por causas acidentais deverão ser comprovadas por laudo médico, e insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que delas resultem em uma ou mais das seguintes perdas totais das funções ou membros:

- 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 de uso de ambos os pés;
- f) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- g) Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés; e
- h) Perda total decorrente de alienação mental ou incurável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que comprovadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimentos visíveis;
- b) Aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social assim como por órgãos do poder público e por outras instituições públicas ou privadas, situações que não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente e total para efeito deste Seguro;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- d) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal;
- e) Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se invalidez permanente total por acidente provier 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;
- f) Parto, aborto e suas consequências;
- g) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- h) Choque anafilático e suas consequências;
- i) Acidentes, bem como suas consequências, ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro;
- j) Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;
- k) Perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão antes do início de vigência do seguro;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) Eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

3. CAPITAL SEGURADO VINCULADO

3.1. O capital segurado é vinculado à obrigação a que este seguro está atrelado e será estabelecido como capital segurado no Bilhete de Seguro.

3.2. Como critério de estabelecimento do capital segurado vinculado, o seu valor deverá corresponder ao valor total ou parcial da dívida ou compromisso financeiro contraído contratualmente pelo segurado, a que este seguro está vinculado, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

3.3. O capital segurado vinculado durante o período de vigência do seguro não poderá ser superior ao capital segurado contratado e estabelecido no Bilhete de Seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do seguro.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante (formulário padrão);
- b) Laudo do médico assistente, anexando as radiografias e resultados de exames realizados pelo segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) dentro da validade;
- d) Comprovante de residência do segurado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;
- f) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- g) Cópia da habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- h) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Cópia do Laudo de perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- j) Cópia do comprovante da posição da obrigação da dívida ou compromisso financeiro do segurado junto ao beneficiário imediatamente anterior à ocorrência do sinistro.

Para seguros contratados por pessoa jurídica deverá ser providenciada cópia do Contrato Social da respectiva empresa que comprove o vínculo da pessoa indicada no seguro.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

6. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

6.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no Bilhete de Seguro representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

6.2. A indenização será equivalente ao valor correspondente ao saldo devedor da posição da dívida ou compromisso financeiro a que este seguro está atrelado, atualizado com base nos critérios aplicáveis para pagamento único e integral do referido compromisso assumido pelo segurado junto ao credor, respeitando-se o limite do capital segurado vinculado contratado para esta cobertura.

6.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário, a data do acidente do segurado que resultou em sua invalidez decorrente de acidente.

7. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

7.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

7.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

7.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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 seguradora.

7.4. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo segurado.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura garante o pagamento de indenização em caso de inadimplência do segurado no pagamento das parcelas devidas ao credor, pela obrigação assumida, decorrente de perda de salário por desemprego involuntário por tempo indeterminado, motivada pela rescisão do contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis de Trabalho pelo seu empregador, durante a vigência do seguro.

1.2. Deverá ser comprovado, na data do sinistro, vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) e um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador até a data da rescisão do contrato de trabalho, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

1.3. Após cada indenização de perda de renda por desemprego involuntário, somente haverá uma nova indenização, caso o segurado comprove novo período de trabalho mínimo ininterrupto, após a data da demissão involuntária anterior, para um mesmo empregador de 12 (doze) meses, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.

1.4. Esta cobertura não se aplica a seguros contratados por pessoa jurídica.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes na cláusula “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária apresentado pelo segurado;**
- b) Demissão por justa causa cometida pelo segurado;**
- c) Pensão, jubilação e aposentadoria do segurado;**
- d) Programa de demissão voluntária, no serviço público ou na iniciativa privada, incentivados pelo empregador do segurado;**
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- f) Demissão ocorrida durante o prazo de carência desta cobertura;**

- g) Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores, e outros de nomeação no Diário Oficial;**
- h) Demissão por falência ou encerramento de atividades do empregador do segurado;**
- i) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período;**
- j) Campanhas de demissão em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitem mais de 10% (dez por cento) de seu quadro pessoal no prazo de 06 (seis) meses contados a partir do primeiro sinistro avisado de um mesmo representante.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para esta cobertura é fixo, ou seja, será estabelecido no Bilhete de Seguro se manterá constante durante todo o período de vigência do seguro.

3.2. Como critério de estabelecimento do capital segurado, o seu valor poderá corresponder à somatória de um número de parcelas da dívida ou compromisso financeiro contraído contratualmente pelo segurado, a que este seguro está vinculado, que serão cobertas por este seguro.

4. CARÊNCIA

O período de carência constará do Bilhete de Seguro, respeitando o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro e será contado a partir do início de vigência da cobertura.

5. FRANQUIA

5.1. Nos eventos cobertos ocorridos após o período de carência, poderá ser aplicada a franquia para esta cobertura, a contar da data da demissão, ou seja, as parcelas mensais de quitação da dívida ou compromisso financeiro a que este seguro está atrelado, com datas de vencimentos anteriores ou dentro do período de franquia, deverão ser pagas pelo próprio segurado.

5.2. A franquia constará do Bilhete de Seguro.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante (formulário padrão);
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- c) Comprovante de residência do segurado;
- d) Impressão de todos os dados contidos na Carteira de Trabalho Digital, certificada digitalmente pela Dataprev;
- e) Na falta da existência da Carteira Trabalho Digital, enviar cópia autenticada da Carteira de Trabalho (envio da página de identificação visual (foto); das páginas de admissão e demissão do contrato de trabalho; das páginas anteriores de admissão e demissão do contrato de trabalho; da página da CTPS que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, se solicitado);
- f) Termo de rescisão do contrato de trabalho homologado na Delegacia Regional do Trabalho (DRT) ou Sindicato;
- g) Cópia do comprovante da posição da obrigação da dívida ou compromisso financeiro do segurado junto ao beneficiário imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, contendo o número de parcelas pendentes de pagamento.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no Bilhete de Seguro representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. O valor da indenização devida ao beneficiário será determinado com base na quantidade de parcelas inadimplidas pelo segurado, em consequência dos riscos amparados pela presente cobertura, respeitando-se o capital segurado e o saldo devedor da dívida contraída pelo segurado.

7.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário:

- a) Em caso de cumprimento de aviso prévio, o dia anterior à data da comunicação do aviso prévio pelo empregador ao empregado; e
- b) Em caso de dispensa do cumprimento de aviso prévio, o dia anterior a data de desligamento do segurado.

7.4. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no Bilhete de Seguro.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura garante o pagamento de indenização em caso de inadimplência do segurado no pagamento das parcelas devidas ao credor, pela obrigação assumida, decorrente de perda de renda do segurado por incapacidade física total e temporária, desde que este seja profissional liberal e/ou autônomo, que possua comprovação de atividade profissional remunerada, em decorrência de acidente coberto ou doença, que o impeça de realizar sua atividade remunerada habitual por um período superior a 15 (quinze) dias consecutivos, durante a vigência do seguro.

1.2. A caracterização da incapacidade física total e temporária pelo tempo superior a 15 (quinze) dias consecutivos deverá ser comprovada por relatórios médicos e exames médicos que comprovem esta condição, realizados por médicos legalmente habilitados.

1.3. Deverá ser comprovada, na data do sinistro, a atividade profissional remunerada do segurado por um período ininterrupto não inferior a 12 (doze) meses da data da ocorrência do sinistro.

1.4. Após cada indenização de perda de renda por incapacidade temporária, somente haverá uma nova indenização, caso o segurado comprove novo período mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses de atividade profissional remunerada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes na cláusula "RISCOS EXCLUÍDOS" das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) Profissional da economia informal que não tenha como comprovar uma atividade remunerada regular;**
- b) Lesão premeditada auto infligida**
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**

- d) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;**
- e) Hospitalização para realização de exames de rotina;**
- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastropластиa redutora;**
- g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**
- h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- i) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
- j) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);**
- k) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;**
- l) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;**
- m) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- o) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para esta cobertura é fixo, ou seja, será estabelecido no Bilhete de Seguro e se manterá constante durante todo o período de vigência do seguro.

3.2. Como critério de estabelecimento do capital segurado, o seu valor poderá corresponder à somatória de um número de parcelas da dívida ou compromisso financeiro contraído contratualmente pelo segurado, a que este seguro está vinculado, que serão cobertas por este seguro.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência será constará do Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro e será contado a partir do início de vigência da cobertura.

4.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do seguro.

5. FRANQUIA

5.1. Nos eventos cobertos ocorridos após o período de carência, poderá ser aplicada a franquia para esta cobertura, a contar da data da caracterização da incapacidade física total e temporária, ou seja, as parcelas mensais de quitação da dívida ou compromisso financeiro a que este seguro está atrelado, com datas de vencimentos anteriores ou dentro do período de franquia, deverão ser pagas pelo próprio segurado.

5.2. A franquia será estabelecida no Bilhete de Seguro.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante (formulário padrão);
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- c) Comprovante de residência do segurado;
- d) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- e) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de incapacidade;
- f) Resultados dos exames (ex.: raio-x, ultrassom) que comprovem a incapacidade física temporária;
- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver;
- h) Documento comprobatório de desempenho de atividade laboral remunerada como autônomo ou empresário (última Declaração de Imposto de Renda; inscrição no INSS como contribuinte individual e pagamentos dos Documentos de Arrecadação de Receitas Federais referente aos 3 (três) últimos meses anteriores a data do sinistro);

- i) Inscrição na Prefeitura como Contribuinte Mobiliário do Município (ISS), juntamente com comprovante da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- j) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência;
- k) Cópia do comprovante da posição da obrigação da dívida ou compromisso financeiro do segurado junto ao beneficiário imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, contendo o número de parcelas pendentes de pagamento.

Para seguros contratados por pessoa jurídica deverá ser providenciada cópia do Contrato Social da respectiva empresa que comprove o vínculo da pessoa indicada no seguro.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no Bilhete de Seguro representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. O valor da indenização devida ao beneficiário será determinado com base na quantidade de parcelas inadimplidas pelo segurado, em consequência dos riscos amparados pela presente cobertura, respeitando-se o capital segurado e o saldo devedor da dívida contraída pelo segurado.

7.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário, a data indicada na declaração ou relatório médico como início da condição da incapacidade temporária do segurado.

7.4. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no Bilhete de Seguro.

8. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

8.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

8.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a seguradora deverá propor

formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze dias), a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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 seguradora.

8.4. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo segurado.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

PERDA DE RENDA

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura garante o pagamento de indenização em caso de inadimplência do segurado no pagamento das parcelas devidas ao credor, pela obrigação assumida, decorrente de:

- a) Perda de renda do segurado por desemprego involuntário por tempo indeterminado, motivada pela rescisão do contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis de Trabalho pelo seu empregador, durante a vigência do seguro; ou
- b) Perda de renda do segurado por incapacidade física total e temporária, desde que este seja profissional liberal e/ou autônomo, que possua comprovação de atividade profissional remunerada, em decorrência de acidente coberto ou doença, que o impeça de realizar sua atividade remunerada habitual por um período superior a 15 (quinze) dias consecutivos, durante a vigência do seguro.

1.2. No que se refere à alínea "a" acima, deverá ser comprovado, na data do sinistro, vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) e um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador até a data da rescisão do contrato de trabalho, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

1.2.1. Ainda referente à alínea "a" acima, a mesma não se aplica a seguros contratados por pessoa jurídica.

1.3. No que se refere à alínea "b" acima, a caracterização da incapacidade física total e temporária pelo tempo superior a 15 (quinze) dias consecutivos deverá ser comprovada por relatórios médicos e exames médicos que comprovem esta condição, realizados por médicos legalmente habilitados. Deverá ser comprovada, na data do sinistro, a atividade profissional remunerada do segurado por um período ininterrupto não inferior a 12 (doze) meses da data da ocorrência do sinistro.

1.4. Após cada indenização de perda de renda, seja por desemprego involuntário ou por incapacidade temporária, somente haverá uma nova indenização, caso o segurado comprove novo período mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses do contrato de trabalho ou de atividade profissional remunerada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na cláusula "RISCOS EXCLUÍDOS" das Condições Gerais deste seguro, não estão garantidos por esta cobertura os eventos de desemprego involuntário decorrentes de:

- a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária apresentado pelo segurado;**
- b) Demissão por justa causa cometida pelo segurado;**
- c) Pensão, jubilação e aposentadoria do segurado;**
- d) Programa de demissão voluntária, no serviço público ou na iniciativa privada, incentivados pelo empregador do segurado;**
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- f) Demissão ocorrida durante o prazo de carência desta cobertura;**
- g) Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores, e outros de nomeação no Diário Oficial;**
- h) Demissão por falência ou encerramento de atividades do empregador do segurado;**
- i) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período.**

2.2. Nos eventos de incapacidade física total e temporária, não estão garantidos por esta cobertura os eventos de incapacidade física decorrentes de:

- a) Profissional da economia informal que não tenham como comprovar uma atividade remunerada regular;**
- b) Lesão premeditada auto infligida;**
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- d) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;**

- e) Hospitalização para realização de exames de rotina;**
- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**
- h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- i) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
- j) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);**
- k) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;**
- l) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;**
- m) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- o) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para esta cobertura é fixo, ou seja, será estabelecido no Bilhete de Seguro e se manterá constante durante todo o período de vigência do seguro.

3.2. Como critério de estabelecimento do capital segurado, o seu valor poderá corresponder à somatória de um número de parcelas da dívida ou compromisso financeiro contraído contratualmente pelo segurado, a que este seguro está vinculado, que serão cobertas por este seguro.

4. CARÊNCIA

4.1. O período de carência constará do Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro e será contado a partir do início de vigência da cobertura.

4.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do seguro.

5. FRANQUIA

5.1. Nos eventos cobertos ocorridos após o período de carência, poderá ser aplicada franquia para esta cobertura, a contar da data da demissão ou da caracterização da incapacidade física total e temporária, ou seja, as parcelas mensais de quitação da dívida ou compromisso financeiro a que este seguro está atrelado, com datas de vencimentos anteriores ou dentro do período de franquia, deverão ser pagas pelo próprio segurado.

5.2. A franquia será estabelecida no Bilhete de Seguro.

6. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para a perda de renda decorrente de desemprego involuntário:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante (formulário padrão);
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- c) Comprovante de residência do segurado;
- d) Impressão de todos os dados contidos na Carteira de Trabalho Digital, certificada digitalmente pela Dataprev;
- e) Na falta da existência da Carteira Trabalho Digital, enviar cópia autenticada da Carteira de Trabalho (envio da página de identificação visual (foto); das páginas de admissão e demissão do contrato de trabalho; das páginas anteriores de admissão e demissão do contrato de trabalho; da página da CTPS que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, se solicitado);
- f) Termo de rescisão do contrato de trabalho homologado na Delegacia Regional do Trabalho (DRT) ou Sindicato;
- g) Cópia do comprovante da posição da obrigação da dívida ou compromisso financeiro do segurado junto ao beneficiário imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, contendo o número de parcelas pendentes de pagamento.

6.2. Para a perda de renda decorrente de incapacidade física total e temporária:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante (formulário padrão);
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- c) Comprovante de residência do segurado;
- d) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- e) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de incapacidade;
- f) Resultados dos exames (ex.: raio-x, ultrassom) que comprovem a incapacidade física temporária;
- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver;
- h) Documento comprobatório de desempenho de atividade laboral remunerada como autônomo ou empresário (última Declaração de Imposto de Renda; inscrição no INSS como contribuinte individual e pagamentos dos Documentos de Arrecadação de Receitas Federais referente aos 3 (três) últimos meses anteriores à data do sinistro);
- i) Inscrição na Prefeitura como Contribuinte Mobiliário do Município (ISS), juntamente com comprovante da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- j) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência;
- k) Cópia do comprovante da posição da obrigação da dívida ou compromisso financeiro do segurado junto ao beneficiário imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, contendo o número de parcelas pendentes de pagamento.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O capital segurado contratado para esta cobertura no Bilhete de Seguro representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

7.2. O valor da indenização devida ao beneficiário será determinado com base na quantidade de parcelas inadimplidas pelo segurado, em consequência dos riscos amparados pela presente cobertura, respeitando-se o capital segurado e o saldo devedor da dívida contraída pelo segurado.

7.3. Considera-se como data do evento coberto para efeito de determinação da indenização devida ao beneficiário:

- a) Para a perda de renda decorrente de desemprego involuntário:
Em caso de cumprimento de aviso prévio, o dia anterior à data da comunicação do aviso prévio pelo empregador ao empregado; e
Em caso de dispensa do cumprimento de aviso prévio, o dia anterior a data de desligamento do segurado.
- b) Para a perda de renda decorrente de incapacidade física total e temporária: a data indicada na declaração ou relatório médico como início da condição da incapacidade temporária do segurado.

7.4. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no Bilhete de Seguro.

8. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

8.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

8.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, 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 seguradora.

8.4. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo segurado.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições das Condições Gerais que não tenham sido alteradas pela presente Condição Especial.

