

CONDIÇÕES GERAIS DO BILHETE DE SEGURO PRESTAMISTA

1. INFORMAÇÕES PRÉVIAS

- 1.1 A Zurich Minas Brasil Seguros S.A., doravante denominada Seguradora, garante o Seguro Prestamista, contratado na forma de bilhete, conforme descrito nestas Condições Gerais e Condições Especiais.
- 1.2 O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do seguro, ou do efetivo pagamento da primeira parcela de pagamento do prêmio, o que ocorrer por último, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Zurich Minas Brasil S.A. A Seguradora, ou seu Representante de Seguros, fornecerão ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.
- 1.3 Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento no prazo de 7 (sete) dias, os valores eventualmente pagos serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, ou de outras formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

2. OBJETIVO

- 2.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir, total ou parcialmente, o pagamento da dívida contraída ou compromisso assumido pelo Segurado, na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.**
- 2.2 **Este Seguro não pode ser contratado por menores de 18 (dezoito) anos.**

3. DEFINIÇÕES

- 3.1 **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

3.1.1 **Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:**

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2 Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, 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 causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.**

3.2 Aviso Prévio: para fins deste seguro, é a comunicação da data de rescisão do contrato de trabalho feita pelo empregador ao segurado.

3.3 Beneficiário(s): é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

3.4 Bilhete de Seguro: é o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica

- 3.5 Capital Segurado:** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) Cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de Evento Coberto. **Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**
- 3.6 Carência:** é o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. Não há Carência para as Coberturas relacionadas a Acidente Pessoal.
- 3.7 Cobertura:** é a designação genérica dos riscos assumidos pelo Seguradora.
- 3.8 Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;
- 3.9 Condições Gerais:** é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.
- 3.10 Credor:** é a pessoa jurídica com a qual o Segurado contraiu a obrigação objeto deste seguro, podendo este ser o Representante de Seguros ou empresa de seu grupo.
- 3.11 Disposições Contratuais:** é o conjunto de condições que regem a contratação, inclui as Condições Gerais, as Condições Especiais e o Bilhete de Seguro.
- 3.12 Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do beneficiário.
- 3.13 Doença:** Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 3.14 Doença Crônica:** Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos;
- 3.15 Dolo:** é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.
- 3.16 Franquia:** é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

- 3.17 Hospital:** é o estabelecimento hospitalar legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes.
- 3.17.1** Não se entende como estabelecimento hospitalar: clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente reconhecidos pela seguradora.
- 3.18 Incapacidade total e temporária:** é incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- 3.19 Indenização:** é o valor devido pela Seguradora ao beneficiário quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas.
- 3.20 Internação hospitalar:** para fins deste seguro, é a internação em hospital por período superior a 12 (doze) horas, desde que comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.
- 3.21 Internação hospitalar emergencial ou não eletiva:** para fins deste seguro, é a internação hospitalar que decorre de ocorrências que exijam o atendimento médico imediato, clínico ou cirúrgico, sob pena de colocar em risco a sobrevivência do indivíduo ou de gerar incapacidade permanente. As demais internações hospitalares são consideradas não emergenciais ou eletivas.
- 3.22 Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. O médico assistente, para efeito de comprovação da cobertura do sinistro não poderá ser o próprio segurado, cônjuge, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado;
- 3.23 Perda Involuntária de Emprego:** é a rescisão do contrato de trabalho do segurado regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, de forma unilateral pelo empregador, que não tenha sido motivada pelo segurado, que não decorra de justa causa e que tenha por consequência a cessação do pagamento do seu salário pelo seu empregador ou por qualquer outro motivo que não os mencionados nos Riscos Excluídos do seguro.

- 3.24 Prêmio:** é o valor pago à Seguradora nos termos previamente ajustados como contraprestação à(s) Cobertura(s) contratada(s) e informado no Bilhete de Seguro.
- 3.25 Profissionais Autônomos e liberais NÃO regulamentados:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional remunerada sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, e que não tenham como comprovar vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.
- 3.26 Profissionais Autônomos e liberais regulamentados:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade, e que sejam contribuintes regulares à previdência social. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.
- 3.27 Representante de Seguros:** considera-se representante de seguros, a pessoa jurídica que assumir 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 sociedade seguradora. O Representante de Seguros não é um Corretor de Seguros.
- 3.28 Riscos Excluídos:** são aqueles riscos previstos nas Condições Especiais das Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.
- 3.29 Segurado:** é a pessoa física regularmente incluída e aceita no seguro.
- 3.30 Seguradora:** é a Zurich Minas Brasil Seguros S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.
- 3.31 Sinistro:** é a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias.
- 3.32 Vínculo Empregatício em Tempo Integral:** Para fins deste seguro, é o contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho – que tenha jornada mínima semanal de 30 horas.

4. COBERTURAS

- 4.1 As coberturas deste seguro são as abaixo mencionadas e estão descritas nas respectivas Condições Especiais:
- Morte (M)
 - Morte Acidental (MA)
 - Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
 - Desemprego Involuntário (DI)
 - Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD)
 - Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA)
 - Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)
 - Internação Hospitalar por Acidente (IHA)
- 4.2 As coberturas poderão ser contratadas respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora.
- 4.3 **As seguintes coberturas não poderão ser contratadas conjuntamente:**
- **Morte (M) em conjunto com a Morte Acidental (MA)**
 - **Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença (ITTAD) em conjunto com a Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITTA);**
 - **Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD) em conjunto com a Internação Hospitalar por Acidente (IHA).**
- 4.4 As coberturas contratadas estarão expressas no Bilhete de Seguro.

5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 5.1 O prazo do seguro é estipulado no bilhete de seguro, com início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia designado.
- 5.2 O prazo mínimo de vigência do seguro é de 1 (um) mês.
- 5.3 Não haverá renovação do seguro. Caso haja interesse do segurado na continuidade da cobertura, deverá ser feita uma nova contratação e emissão de um novo Bilhete de Seguro.
- 5.4 No final do prazo de vigência do seguro, a cobertura do risco cessará automaticamente, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que o cancelamento do seguro por término de vigência ocorrerá automaticamente, sem restituição de prêmios pagos.

6. CONTRATAÇÃO

- 6.1** A contratação deste seguro se dá por meio da emissão do Bilhete de Seguro.
- 6.2** O pagamento do prêmio do seguro caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado, das condições deste seguro.
- 6.3** Para a validade deste contrato, o segurado deverá estar em plena atividade de suas funções, estar perfeitas condições de saúde e ter mais de 18 anos de idade na data da contratação do seguro.

7. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 7.1** O Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento prevista no documento de cobrança, sob pena de prejudicar o seu direito à cobertura.
- 7.2** O prêmio do seguro poderá ser pago em parcela única (à vista), mensal ou anualmente durante o período de vigência do seguro, sendo a forma e a periodicidade de cobrança estabelecidas no ato da contratação.
- 7.3** Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.
- 7.4** Se um eventual sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma de suas parcelas, exceto a parcela única e a primeira parcela, sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 7.5** O não pagamento da parcela única ou da primeira parcela do prêmio na data de vencimento prevista no documento de cobrança implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

- 7.6** No caso das demais parcelas, decorrido o prazo de pagamento da parcela sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura do seguro será automaticamente suspensa pelo período de atraso, até um período máximo de 60 (sessenta) dias, sendo cancelado o prêmio correspondente ao período da suspensão. Se ocorrer um sinistro, o Beneficiário ficará sem direito a receber indenização por quaisquer das coberturas contratadas.
- 7.6.1** Findo o prazo de suspensão sem que seja retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do seguro.
- 7.6.2** A reabilitação do seguro se dará a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.
- 7.6.3** Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, “pro-rata-temporis”, em que vigorou a cobertura.
- 7.7** No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.
- 7.7.1** Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 7.8** De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 7.9** 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.
- 7.10** Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

8. CANCELAMENTO

- 8.1** O Seguro será cancelado automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, exceto o previsto no item “e” a seguir, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:
- a) no final do prazo de sua vigência;
 - b) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seu beneficiário agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.
 - c) com o cancelamento do seguro por quaisquer das situações previstas no item 7;
 - d) com o falecimento do Segurado;
 - e) com o pagamento da Indenização por invalidez permanente por acidente e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
 - f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.
- 8.2** No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 8.3** O Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1** O capital segurado vigente na data do evento corresponde ao valor máximo a ser pago pela seguradora, na ocorrência de evento coberto, e será expresso em moeda corrente nacional.
- 9.2** O capital segurado contratado constará no Bilhete de Seguro, conforme especificado nas respectivas Condições Especiais.

10. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

- 10.1.** Os valores dos capitais segurados e prêmios correspondentes às coberturas contratadas serão atualizados anualmente com base na variação anual do índice IPCA/IBGE ocorrida até dois meses antes do mês do reajuste.
- 10.1.1.** Adicionalmente, quando a periodicidade de pagamento do prêmio for parcela única ou anual, os capitais segurados serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

10.1.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

10.2. Os seguros com vigência igual ou inferior a um ano não terão atualização de valores.

11. BENEFICIÁRIO

11.1 O primeiro beneficiário em todas as Coberturas deste seguro é o Credor, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, se houver, ser paga a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

11.2 Para as coberturas de Morte (M) e Morte Acidental (MA), a indicação do segundo beneficiário é de livre escolha do segurado, que deverá informar no ato da contratação, o nome e o grau de parentesco. A qualquer tempo, o segurado/participante poderá alterar o beneficiário indicado, por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à sociedade seguradora

11.2.1 Se a seguradora não for comunicada oportunamente da substituição, a indenização será paga ao antigo beneficiário indicado.

11.2.2 Quando for designado mais de um beneficiário, o segurado deverá fazer a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

11.2.3 Quando não houver a informação do percentual de indenização, o valor a ser indenizado será dividido em partes iguais.

11.2.4 Caso o segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

11.2.5 Na falta das pessoas indicadas no item 11.2.4, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

11.3 No caso das demais coberturas não previstas no item 11.2, o segundo beneficiário será sempre o próprio Segurado.

11.3.1 Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida

a ordem da vocação hereditária.

11.3.2 Na falta das pessoas indicadas no item 11.3.1, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

12. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 12.1** Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo pelo Segurado, seu Representante ou pelo Beneficiário, logo que o saiba(m).
- 12.2** O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 13.1** Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.
- 13.2** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do Beneficiário correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 13.3** O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Coberturas, e sob a forma de parcela única, observados os **itens 13.6 e 13.6.1** destas Condições Gerais:
 - 13.3.1** A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.
- 13.4** **Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.**

- 13.5** Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.
- 13.6** A documentação listada nas respectivas Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.
- 13.6.1** Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 13.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 13.7** Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 13.7.1** Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 13.8** Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada a cobertura de Morte (M) ou Morte Acidental (MA).
- 13.9** A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

14. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

- 14.1** A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

14.2 No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

14.2.1 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.

14.2.2 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.

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

15.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Segurado ou seu representante legal fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do Seguro ou no valor do Prêmio.

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

15.2.1 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 ou restringindo a Cobertura contratada.

15.2.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Beneficiário ou restringindo a Cobertura contratada para riscos futuros.

15.2.3 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

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

15.3.1 A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.3.2 O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

15.4 O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o Sinistro.**

15.5 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

16. ALTERAÇÃO DO SEGURO

16.1. Qualquer alteração no seguro só será válida se for feita por escrito, mediante concordância das partes contratantes.

16.2. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

17. CANAL DE DISTRIBUIÇÃO

17.1. O seguro será comercializado por Representantes de Seguros.

18. COMUNICAÇÕES

18.1. As comunicações do segurado deverão ser feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência constante do Bilhete de Seguro.

18.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do Segurado.

19. PRESCRIÇÃO

19.1. Qualquer direito do Segurado ou do Beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

20. FORO

20.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

21. DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

21.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

21.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

21.4. Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

21.5. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das Disposições Contratuais.

COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura, prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:**
- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) **atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - c) **acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;**
 - d) **suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:**
 - **do início de vigência do seguro; ou**
 - **da solicitação de aumento de Capital Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**
 - e) **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
 - f) **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - g) **epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor contratado, estabelecido no Bilhete de Seguro. O Credor será indenizado pelo saldo da dívida a vencer na data de ocorrência do evento gerador da indenização, trazido a valor presente utilizando-se a taxa de juros aplicada nos cálculos do financiamento, sendo que a diferença positiva entre o Capital Segurado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga a um segundo beneficiário indicado pelo segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1 Não há prazos de carência ou de franquia para esta cobertura.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo representante do Segurado;
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.).

Do Credor :

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Correspondência com saldo devedor trazido ao valor presente da data do evento.

b) Morte decorrente de acidente

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

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1 Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental (MA).**
- 8.2 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

- 2.1. São elegíveis a esta cobertura os segurados com vínculo empregatício exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) com período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.
 - 2.1.1. A qualquer tempo, constatado pela Seguradora que o Segurado não tinha, em algum período da vigência do seguro, o vínculo empregatício mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos, o valor dos prêmios pagos indevidamente por esta Cobertura serão devolvidos atualizados nos termos da regulamentação específica.
- 2.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.
- 2.3. Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 30 (trinta) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.
- 2.4. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, a cobertura de Desemprego Involuntário – DI será automaticamente cancelada e o prêmio correspondente descontado das parcelas a vencer.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) pedido de demissão pelo empregado;
 - b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;

- c) acordo entre empregado e empregador;
- d) dispensa do empregado por justa causa;
- e) jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- f) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- g) prestação de Serviço Militar;
- h) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses;
- i) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- j) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
- k) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.
- l) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;
- m) Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
- n) Militares que sejam exonerados de suas funções;
- o) Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela e quantidade máxima de parcelas contratados. O Credor será indenizado pelos valores das parcelas da dívida ou compromisso com vencimento durante o período em que o segurado permanecer na condição de desempregado, respeitados o valor de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas constantes do Bilhete de Seguro, sendo que a diferença positiva entre o valor da parcela contratado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de Carência é de 30 (trinta) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro.

7. FRANQUIA

7.1. O período de Franquia é de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do contrato de financiamento, do compromisso financeiro ou da fatura do cartão de crédito;
- Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- Declaração do consultante/segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

10.DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.**

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (ITTAD)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

- 2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.26 das Condições Gerais.
- 2.2. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;

- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.
- h) 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;
- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- j) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- k) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- l) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- m) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- n) doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico; infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- o) 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;
- p) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- q) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- r) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- s) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- t) 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.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela e quantidade máxima de parcelas contratados. O Credor será indenizado pelos valores das parcelas da dívida ou compromisso com vencimento durante o período em que o segurado permanecer incapacitado para exercer a sua profissão ou ocupação, respeitados o valor de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas constantes do Bilhete de Seguro, sendo que a diferença positiva entre o valor da parcela contratado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa, por determinação médica.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. CARÊNCIA

7.1. O período de Carência é de 30 (trinta) dias contados a partir do início de vigência, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro.

7.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

8. FRANQUIA

8.1. O período de franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de exercer a sua profissão ou ocupação.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
 - Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
 - Exames médicos complementares realizados;
 - Cópia do contrato de financiamento, do compromisso financeiro ou da fatura do cartão de crédito;
 - Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa;
 - Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
 - Declaração do segurado com a informação de endereço de email, caso houver;

10.DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (ITT).**
- 10.2. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.**

COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (IHA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização, em caso de internação hospitalar do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, as Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. CONDIÇÕES DE COBERTURA

- 2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais **NÃO** regulamentados, conforme definido no item 3.25 das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.
- 2.2. Esta cobertura cobre a internação hospitalar emergencial por Acidente Pessoal, não eletiva, exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, durante a vigência do seguro.
- 2.3. Por não serem consideradas internações hospitalares ou riscos cobertos, não serão reconhecidas as internações ocorridas em:
 - qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital no item 3.17 das Condições Gerais;
 - instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
 - casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
 - clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
 - “Home care” (internação domiciliar).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) Toda e qualquer internação hospitalar não emergencial ou eletiva de caráter clínico ou cirúrgico;

- d) Gravidez e suas conseqüências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas conseqüências, tratamento para esterilização, fertilização, desde que não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- e) os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;**
- f) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:**
 - o início de vigência do seguro; ou**
 - da solicitação de aumento de Capital. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;**
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- i) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente.**
- j) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- k) Acidente Vascular Cerebral;**
- l) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas conseqüências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- m) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;**
- n) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;**
- o) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- p) pratica de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- q) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- r) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- s) 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.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado desta Cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor da parcela e quantidade máxima de parcelas contratados. O Credor será indenizado pelos valores das parcelas da dívida ou compromisso com vencimento durante o período de internação hospitalar do segurado, ou em até 30 (trinta) dias da data de internação, o período que for maior, respeitados o valor de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas constantes do Bilhete de Seguro, sendo que a diferença positiva entre o valor da parcela contratado e o valor a ser indenizado ao Credor, se houver, será paga ao Segurado.

4.1.1. No caso de dívida contraída por meio de cartão de crédito, a cobertura se aplica somente à dívida referente à aquisição de um bem ou compromisso financeiro para o qual, especificamente, o segurado adquiriu o seguro. Não se trata de seguro para o saldo devedor do cartão de crédito, por isso o seguro não cobrirá, necessariamente, a totalidade do saldo devedor e parcelas constantes das faturas.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura não será reintegrado.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. CARÊNCIA

7.1. Não há prazo de carência para esta cobertura.

8. FRANQUIA

8.1. O período de Franquia é de 48 (quarenta e oito) horas ininterruptas por evento, e será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado, por determinação médica.

8.2. Internações por período igual ou inferior à franquia não dão direito a indenização.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
 - Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
 - Cópias simples da Comunicação de Acidente de Trabalho (se houver);
 - Original da Declaração do Hospital, comprovando causa, data de internação e data de alta médica;
 - Cópia do contrato de financiamento, do compromisso financeiro ou da fatura do cartão de crédito;
 - Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa;
 - AUTONOMOS : Comprovante de Registro INSS, Declaração de Imposto de Renda, ou carta de próprio punho declarando suas atividades, assinada com firma reconhecida;
 - Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - Declaração do segurado com a informação de endereço de e-mail, caso houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Esta Cobertura não poderá ser contratada conjuntamente com a Cobertura de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD).
- 10.2.** Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.