

**Seguro Prestamista**  
**Condições Gerais e Especiais**

Virginia Surety Companhia de Seguros do Brasil – CNPJ: 03.505.295/0001-46  
Processo SUSEP – 15414.900080/2014-14

**VIRGINIA**  
**SURETY**  
COMPANHIA DE  
SEGUROS DO BRASIL

## SUMÁRIO

CONDIÇÕES GERAIS.....	3
1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES .....	3
2. DEFINIÇÕES.....	3
3. OBJETIVO DO SEGURO .....	6
4. RISCOS COBERTOS .....	7
5. COBERTURAS DO SEGURO .....	7
6. RISCOS EXCLUÍDOS.....	7
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	9
8. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	9
9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO .....	10
10. ADESÃO DOS SEGURADOS .....	10
12. CAPITAL SEGURADO.....	11
13. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	11
14. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO .....	12
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO .....	12
16. CANCELAMENTO E EXTINÇÃO DO SEGURO .....	13
17. DO ARREPENDIMENTO .....	14
18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO .....	15
19. INDENIZAÇÃO .....	17
20. JUNTA MÉDICA.....	18
21. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA .....	19
22. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	19
23. COMUNICAÇÕES.....	20
24. BENEFICIÁRIO.....	20
25. PRESCRIÇÃO .....	21
26. FORO .....	21
MODELO BILHETE .....	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	30
COBERTURA BÁSICA DE MORTE POR CAUSAS NATURAIS E ACIDENTAIS.....	30
1. OBJETIVO .....	30
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	30
3. CAPITAL SEGURADO.....	31
4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	31
5. DISCIPLINA DA COBERTURA.....	31

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	32
1. OBJETIVO .....	32
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	33
3. CAPITAL SEGURADO.....	33
4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	34
5. DISCIPLINA DA COBERTURA .....	34
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE EMPREGO INVOLUNTÁRIA .....	35
1. OBJETIVO .....	35
2. CARÊNCIA.....	36
3. FRANQUIA.....	36
4. CAPITAL SEGURADO.....	36
5. INDENIZAÇÃO .....	36
6. RISCOS EXCLUÍDOS.....	37
7. TÉRMINO DA COBERTURA .....	38
8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	38
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE.....	39
1. OBJETIVO .....	39
2. FRANQUIA.....	40
3. CAPITAL SEGURADO.....	40
4. INDENIZAÇÃO .....	40
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	41
6. TÉRMINO DA COBERTURA .....	41
7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	42
8. DISCIPLINA DA COBERTURA .....	42
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA .....	43
1. OBJETIVO .....	43
2. CARÊNCIA.....	44
3. FRANQUIA.....	44
4. CAPITAL SEGURADO.....	44
5. INDENIZAÇÃO .....	44
6. RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
7. TÉRMINO DA COBERTURA .....	46
8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	47
9. DISCIPLINA DA COBERTURA .....	47

## **PRESTAMISTA**

### **Grupo 13 - PESSOAS INDIVIDUAL - Ramo 77 – PRESTAMISTA**

## **CONDIÇÕES GERAIS**

### **1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES**

- 1.1. A aceitação deste SEGURO está sujeita à análise do risco pela SEGURADORA;**
- 1.2. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;**
- 1.3. O SEGURADO poderá consultar a situação cadastral de seu CORRETOR DE SEGUROS no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 1.4. Para os casos não previstos nestas CONDIÇÕES GERAIS serão aplicadas as leis que regem os SEGUROS no Brasil.**

### **2. DEFINIÇÕES**

Quando aparecerem no texto das CONDIÇÕES CONTRATUAIS deste SEGURO com as iniciais em letra maiúscula, as palavras abaixo terão o significado que ora lhes é atribuído, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino, e vice-versa:

**ACIDENTE PESSOAL:** 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:

- a)** incluem-se nesse conceito de ACIDENTE PESSOAL:
- a.1)** o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de INDENIZAÇÃO, a ACIDENTE PESSOAL, observada legislação em vigor;
  - a.2)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o SEGURADO ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
  - a.3)** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
  - a.4)** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

**a.5)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

**b) excluem-se** desse conceito de ACIDENTE PESSOAL:

**b.1)** 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.2)** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

**b.3)** 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

**b.4)** 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 na alínea "a" desta definição.

**BENEFICIÁRIO:** São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos CAPITAIS SEGURADOS, na hipótese de ocorrência do SINISTRO. Para fins deste SEGURO, cujo objetivo é garantir a quitação ou amortização de dívida contraída ou atender a compromisso assumido, o primeiro BENEFICIÁRIO é o REPRESENTANTE DE SEGURO/Instituição Financeira (Credor), devendo a diferença entre o saldo da dívida ou o compromisso assumido e o CAPITAL SEGURADO, quando for o caso, ser paga ao segundo BENEFICIÁRIO (o próprio segurado ou seus herdeiros, em caso de morte).

**BILHETE:** documento expedido pela SEGURADORA, ou se autorizado por esta, pelo REPRESENTANTE DE SEGUROS ou pelo CORRETOR, que tem por objetivo especificar as principais condições do SEGURO e, acompanhado do comprovante de pagamento de PRÊMIO, formalizar a existência do referido SEGURO.

**CAPITAL SEGURADO:** valor máximo para cada cobertura contratada e que servirá de base para cálculo da INDENIZAÇÃO a ser paga pela SEGURADORA na ocorrência do SINISTRO.

**CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das CONDIÇÕES GERAIS, das CONDIÇÕES ESPECIAIS, e das CONDIÇÕES PARTICULARES.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas deste SEGURO, estabelecendo os Riscos Cobertos, os RISCOS EXCLUÍDOS e demais peculiaridades de cada cobertura.

**CONDIÇÕES GERAIS:** conjunto de cláusulas contratuais, que estabelecem direitos e obrigações do REPRESENTANTE DE SEGUROS, dos SEGURADOS, dos BENEFICIÁRIOS e da SEGURADORA, bem como as características gerais do SEGURO.

**CORRETOR DE SEGUROS:** Profissional legalmente habilitado e autorizado a intermediar a venda de SEGUROS.

**FRANQUIA:** período de tempo durante o qual o REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira (Credor), e/ou o SEGURADO ou o BENEFICIÁRIO não terá direito à INDENIZAÇÃO, contado a partir da data de ocorrência do evento que caracterize o SINISTRO.

**INDENIZAÇÃO:** É o valor que a SEGURADORA paga ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira (Credor) e/ou ao SEGURADO ou BENEFICIÁRIO, conforme o caso, em decorrência do SINISTRO, limitado ao valor do CAPITAL SEGURADO da respectiva cobertura contratada.

**PERÍODO DE CARÊNCIA ou CARÊNCIA:** período de tempo compreendido na VIGÊNCIA DO RISCO, durante o qual o REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira (Credor) e/ou o SEGURADO ou BENEFICIÁRIO, conforme o caso, não terá direito à INDENIZAÇÃO do SEGURO, caso ocorra o RISCO COBERTO.

**PERÍODO DE COBERTURA:** período de tempo compreendido na VIGÊNCIA DO RISCO, durante o qual o REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira(Credor) e/ou o SEGURADO ou BENEFICIÁRIO, conforme o caso terá direito à INDENIZAÇÃO do SEGURO, caso ocorra o SINISTRO.

**PRÊMIO:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do SEGURO.

**RISCO COBERTO:** Risco previsto no SEGURO, que, em caso de concretização dá origem a INDENIZAÇÃO e/ou reembolso ao SEGURADO.

**RISCO EXCLUÍDO:** É todo e qualquer evento, previsto nestas CONDIÇÕES GERAIS, como risco não coberto pelo SEGURO, mesmo que ocorrer no PERÍODO DE COBERTURA.

**REPRESENTANTE DE SEGUROS:** É a 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.

**SEGURADO:** é a pessoa com idade limite determinada no BILHETE, que contraiu dívida ou compromisso junto ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira, para pagar em prestações periódicas, e que aderiu ao SEGURO.

**SEGURADORA:** É a entidade autorizada pela SUSEP a operar com o SEGURO e que, indicada no BILHETE e mediante o recebimento do PRÊMIO, assume a cobertura especificada nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO e demais condições e cláusulas aplicáveis.

**SEGURO:** É o presente Contrato, por meio do qual a SEGURADORA oferece a garantia de pagar INDENIZAÇÃO ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira e/ou ao SEGURADO ou BENEFICIÁRIO, em caso de ocorrência de um SINISTRO com o SEGURADO, observado o disposto nestas CONDIÇÕES GERAIS e nas CONDIÇÕES ESPECIAIS.

**SINISTRO:** é a ocorrência do RISCO COBERTO, durante o PERÍODO DE COBERTURA deste SEGURO.

**VIGÊNCIA DO RISCO:** período de tempo estabelecido para a duração do SEGURO, que se inicia com a emissão do BILHETE pela SEGURADORA e termina nas hipóteses previstas nestas CONDIÇÕES GERAIS e nas CONDIÇÕES ESPECIAIS do SEGURO.

### 3. OBJETIVO DO SEGURO

**3.1.** Este SEGURO tem por objetivo garantir o pagamento de INDENIZAÇÃO ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira (Credor) e/ou ao SEGURADO ou BENEFICIÁRIO, até o limite do **CAPITAL SEGURADO contratado**, para liquidação de parte ou da totalidade da dívida contraída pelo SEGURADO junto ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira (Credor) e descrita no BILHETE, na ocorrência de RISCO COBERTO que caracterize o SINISTRO, nos termos das CONDIÇÕES ESPECIAIS do SEGURO, desde que respeitados todos os limites, termos e CONDIÇÕES CONTRATUAIS deste SEGURO.

**3.2.** O pagamento da INDENIZAÇÃO deve ser feito ao primeiro BENEFICIÁRIO que é o REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira (Credor). Havendo diferença entre o saldo da dívida ou o compromisso assumido e o CAPITAL SEGURADO, o pagamento deverá ser ao segundo BENEFICIÁRIO.

**3.3.** Em qualquer das coberturas contratadas por meio deste SEGURO, se o valor do CAPITAL SEGURADO for menor que o valor da dívida contraída pelo SEGURADO junto ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira, a SEGURADORA não responderá pelo valor da dívida que ultrapassar o valor do CAPITAL SEGURADO, ficando a quitação do valor excedente sob exclusiva responsabilidade do SEGURADO ou quem por ele responda.

**3.4.** As regras, condições e taxas deste SEGURO têm como base e são aplicáveis apenas à elegibilidade aqui prevista, de pessoas físicas com idade mínima e máxima

determinada no BILHETE e que se encontrem em plena atividade profissional e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do SEGURO.

#### **4. RISCOS COBERTOS**

**4.1.** Consideram-se Riscos Cobertos neste SEGURO, aqueles definidos nas CONDIÇÕES ESPECIAIS que fazem parte integrante e inseparável destas CONDIÇÕES GERAIS.

**4.2.** Este SEGURO não admite a acumulação de coberturas, sendo que na hipótese de pagamento de INDENIZAÇÃO por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do SEGURADO em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do CAPITAL SEGURADO por morte.

#### **5. COBERTURAS DO SEGURO**

Este SEGURO oferece as seguintes coberturas:

##### **5.1. Cobertura Básica:**

- a) Cobertura de Morte por Causas Naturais e Acidentais.

##### **5.2. Coberturas Adicionais:**

- a) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- b) Cobertura de Perda de Emprego Involuntária;
- c) Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente;
- d) Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença

##### **5.3. Condições para aceitação das coberturas:**

- a) A Cobertura Básica é de contratação obrigatória;
- b) As Coberturas Adicionais, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da Cobertura Básica;

#### **6. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Não são elegíveis a este SEGURO, SEGURADOS com idade conforme limite mínimo e máximo determinado no BILHETE, tendo em vista que as regras, condições e taxas**

**deste SEGURO tem como base e são aplicáveis apenas à elegibilidade prevista para este SEGURO.**

**6.1. Não estão cobertos por quaisquer das coberturas deste SEGURO, e por isso não conferem direito à INDENIZAÇÃO, os eventos ocorridos, mesmo durante o PERÍODO DE COBERTURA, em consequência:**

- a) de uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) de invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) direta ou indireta de ato terrorista, cabendo à SEGURADORA comprovar com documentação hábil, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;**
- d) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, exceto escapamento acidental de gases e vapores de caráter coletivo;**
- e) de doação de órgãos e transplantes inter-vivos;**
- f) de suicídio, ou sua tentativa, cometido dentro dos primeiros 24 meses da Vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- g) de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- h) de atos ilícitos dolosos praticados pelo SEGURADO, pelo BENEFICIÁRIO ou pelo representante legal de um ou de outro;**
- i) de atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes, administradores ou REPRESENTANTES DE SEGUROS;**
- j) de ato reconhecidamente perigoso praticado pelo SEGURADO, que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se decorrentes 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;**
- k) de acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, salvo quando a elas o SEGURADO ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;**

- l) de acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, salvo de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- m) de intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- n) de 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
- o) de 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, tal qual definido nestas CONDIÇÕES GERAIS.

**6.2. De forma adicional aos RISCOS EXCLUÍDOS previstos nas alíneas do item 6.1 desta cláusula, as CONDIÇÕES ESPECIAIS deste SEGURO também poderão descrever outros RISCOS EXCLUÍDOS específicos de cada cobertura.**

## **7. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

**7.1.** As Coberturas de Morte por Causas Naturais e Acidentais e de Invalidez Permanente Total por Acidente são válidas e eficazes em todo o globo terrestre.

**7.2.** As Coberturas de Perda de Emprego Involuntária, de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente e Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença têm sua validade e eficácia restritas aos SEGURADOS que exerçam suas atividades laborais no território nacional.

## **8. CARÊNCIA E FRANQUIA**

**8.1.** Para a Cobertura de Morte por Causas Naturais e Acidentais, Invalidez Permanente Total por Acidente e Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente não haverá PERÍODO DE CARÊNCIA, exceto para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o PERÍODO DE CARÊNCIA será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de aceitação do SEGURADO no SEGURO.

**8.2.** Para a Cobertura de Perda de Emprego Involuntária haverá PERÍODO DE CARÊNCIA de até 60 (sessenta) dias, a contar da data de aceitação do SEGURADO no SEGURO. Para a referida cobertura haverá, também, FRANQUIA de até 60 (sessenta) dias, a contar da data de ocorrência do evento que caracterize o SINISTRO.

**8.3.** Para a cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença haverá PERÍODO DE CARÊNCIA obrigatória de até 30 (trinta) dias, a contar da data de aceitação do SEGURADO no SEGURO **exceto para: eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o PERÍODO DE CARÊNCIA será de 2 (dois) anos ininterruptos a contar da data de aceitação do SEGURADO no SEGURO; ou eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, para os quais não haverá CARÊNCIA.**

**8.4.** Para a Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente e Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença haverá FRANQUIA de até 15 (quinze) dias, a contar da data de ocorrência do evento que caracterize o SINISTRO.

**8.5.** Para qualquer das coberturas que tenha PERÍODO DE CARÊNCIA, ocorrendo o SINISTRO durante o PERÍODO DE CARÊNCIA, não haverá garantia de pagamento de qualquer INDENIZAÇÃO pela SEGURADORA ao SEGURADO, ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira ou ao SEGURADO ou BENEFICIÁRIO.

**8.6.** Para qualquer das coberturas que tenha FRANQUIA, ocorrendo o SINISTRO não haverá garantia de pagamento de qualquer INDENIZAÇÃO pela SEGURADORA ao SEGURADO, ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira ou ao SEGURADO ou BENEFICIÁRIO durante o prazo da FRANQUIA.

**8.7.** O limite máximo que um plano de SEGURO poderá estabelecer como prazo de CARÊNCIA será de dois anos. Entretanto, o prazo de CARÊNCIA não poderá exceder metade do prazo de vigência.

**8.8.** O PERÍODO DE CARÊNCIA e FRANQUIA serão estabelecidos no BILHETE de seguro.

## **9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO**

**9.1.** Para contratar este seguro, o SEGURADO poderá adquirir um BILHETE junto ao REPRESENTANTE DE SEGUROS, ou junto a CORRETOR DE SEGUROS autorizado pela SEGURADORA, ou ainda diretamente junto à SEGURADORA, mediante pagamento de PRÊMIO de seguro.

**9.2.** O BILHETE será emitido com base nas declarações prestadas pelo SEGURADO na contratação, sendo estas determinantes para a definição do PRÊMIO correspondente.

## **10. ADESÃO DOS SEGURADOS**

**10.1.** Caso advenha a aposentadoria do SEGURADO no decurso da VIGÊNCIA DO RISCO, o SEGURO será mantido em vigor, **exceto para a Cobertura de Perda de Emprego Involuntária, que se extinguirá no momento da aposentadoria.**

**10.2.** Ao contratar um plano de seguros por meio de BILHETE, o SEGURADO atesta que tomou ciência das referidas CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS.

## **11. VIGÊNCIA DO SEGURO**

**11.1.** A vigência do SEGURO será discriminada no BILHETE, juntamente com os prazos de CARÊNCIA e FRANQUIA, que deverão ser respeitados quando houver.

**11.2.** A VIGÊNCIA DO RISCO terá seu início a partir das 24(vinte e quatro) horas da data do pagamento do PRÊMIO do SEGURO, respeitando-se o PERÍODO de CARENÇA, quando houver.

**11.3. Fica vedada a Renovação deste SEGURO.**

## **12. CAPITAL SEGURADO**

**12.1.** O valor e os limites do CAPITAL SEGURADO para cada cobertura contratada serão aqueles estabelecidos no BILHETE deste SEGURO e constarão, em expressão da moeda corrente nacional, no BILHETE; e estes CAPITAIS SEGURADOS irão variar de acordo com a variação da dívida do SEGURADO.

**12.2.** Os Capitais SEGURADOS de cada cobertura tem seu funcionamento descrito nas CONDIÇÕES ESPECIAIS para cada cobertura, que são parte integrante deste documento.

**12.3.** Para efeitos de apuração do valor da INDENIZAÇÃO será considerado o valor do CAPITAL SEGURADO vigente na data da ocorrência do SINISTRO.

**12.3.1.** Para os fins do disposto no item 12.3 desta cláusula, considera-se data de ocorrência do SINISTRO:

- a)** Na Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais: a data da morte do SEGURADO;
- b)** Na Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente: a data do ACIDENTE PESSOAL;
- c)** Na Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente: a data do acidente
- d)** Na Cobertura Adicional de Perda de Emprego Involuntária: a data do rompimento do vínculo empregatício do SEGURADO com o seu empregador
- e)** Na Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença: a data constante do laudo médico, em que for constatada a incapacidade temporária do SEGURADO.

**12.4.** Deverão ser observadas as disposições das CONDIÇÕES ESPECIAIS deste SEGURO relativamente ao CAPITAL SEGURADO de cada cobertura contratada.

## **13. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

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

## **14. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO**

**14.1.** O CAPITAL SEGURADO será recalculado de acordo com a variação da dívida do SEGURADO, e corresponderá ao total do saldo devedor ou parte dele, de acordo com o estabelecido no BILHETE de SEGURO e nas CONDIÇÕES ESPECIAIS da cobertura, e respeitado o item 19 destas condições.

## **15. PAGAMENTO DO PRÊMIO**

**15.1.** Este SEGURO será custeado integralmente pelo SEGURADO, cabendo ao REPRESENTANTE DE SEGUROS apenas recolher o valor relativo ao PRÊMIO e repassá-lo à SEGURADORA para pagamento.

**15.2.** O PRÊMIO do SEGURO constará no BILHETE, e seu pagamento será feito sob a forma de “PRÊMIO único”, à vista ou fracionado.

**15.3.** No caso de fracionamento de PRÊMIO, a SEGURADORA, a seu critério, poderá cobrar juros sobre o valor parcelado, de acordo com a legislação pertinente. A taxa de juros, quando houver, deverá constar no BILHETE.

**15.4.** Na hipótese de fracionamento do PRÊMIO, e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, a VIGÊNCIA DO RISCO será ajustada em proporção ao PRÊMIO efetivamente pago em relação ao PRÊMIO total.

**15.5.** A SEGURADORA deverá informar ao SEGURADO, ou diretamente, ou através do CORRETOR DE SEGUROS, se aplicável, ou na pessoa do REPRESENTANTE DE SEGUROS, o novo prazo de VIGÊNCIA DO RISCO ajustado conforme item 15.4.

**15.6.** Restabelecido o pagamento do PRÊMIO das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do BILHETE.

**15.6.1.** Os encargos acima referidos serão juros de mora de 6% ao ano, calculados da data do vencimento da(s) parcela(s) até o efetivo pagamento.

**15.6.2.** Findo o novo período de VIGÊNCIA DO RISCO ajustado, sem que o SEGURADO tenha retomado o recolhimento do PRÊMIO ao REPRESENTANTE DE SEGUROS, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do SEGURO, não sendo devida, na hipótese, qualquer restituição de PRÊMIO ao SEGURADO.

**15.7.** Se ocorrer um SINISTRO dentro do prazo de pagamento do PRÊMIO à vista ou de qualquer de suas parcelas sem que este tenha sido efetuado, o direito à INDENIZAÇÃO não ficará prejudicado.

**15.7.1.** Quando o pagamento da INDENIZAÇÃO acarretar o cancelamento do contrato de SEGURO, as parcelas vincendas do PRÊMIO deverão ser deduzidas do valor da INDENIZAÇÃO.

**15.8.** Nos contratos de SEGUROS cujo PRÊMIO tenha sido pago à vista mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, a SEGURADORA não poderá cancelar o SEGURO nos casos em que o SEGURADO deixar de pagar o financiamento.

**15.9.** No caso de fracionamento do PRÊMIO, o vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do SEGURO.

**15.10.** O REPRESENTANTE DE SEGUROS deverá recolher dos SEGURADOS o valor do PRÊMIO, ou de suas parcelas em caso de fracionamento, e efetuar o repasse à SEGURADORA até a data de vencimento destas.

**15.11.** Caso a data estabelecida para pagamento do PRÊMIO, ou de qualquer de suas parcelas corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil seguinte, sem que haja suspensão da(s) cobertura(s) contratada(s).

## **16. CANCELAMENTO E EXTINÇÃO DO SEGURO**

**16.1.** O SEGURO poderá ser cancelado a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes.

### **16.1.1. O SEGURO também será cancelado:**

- a) Na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas, pelo SEGURADO e/ou seu BENEFICIÁRIO, com o propósito de obter vantagem ilícita do SEGURO;**
- b) Após o pagamento de INDENIZAÇÃO referente à cobertura de Invalidez Total por Acidente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica; e**
- c) Nas hipóteses previstas em lei.**

### **16.2. A VIGÊNCIA DO RISCO termina:**

- a) No prazo previsto para seu término no BILHETE;**
- b) Com a extinção da dívida ou compromisso assumido pelo SEGURADO junto ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira;**
- c) No final da Vigência do SEGURO, respeitada a VIGÊNCIA DO RISCO pelo período de PRÊMIO pago;**
- d) Em caso de cancelamento do SEGURO, segundo a regra estabelecida nestas CONDIÇÕES GERAIS, respeitada a VIGÊNCIA DO RISCO pelo período de PRÊMIO pago;**

e) Com a morte do **SEGURADO**;

f) Na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo **SEGURADO** ou seu **BENEFICIÁRIO**, com o propósito de obter vantagem ilícita do **SEGURO**; e

g) Nas hipóteses previstas em lei.

**16.3. O pagamento de qualquer valor à SEGURADORA após o cancelamento do SEGURO ou término da VIGÊNCIA DO RISCO não implica reabilitação do SEGURO nem gera qualquer efeito, ficando o valor pago à disposição do interessado.**

**16.4. Os BILHETES não poderão ser cancelados durante sua vigência, pela SEGURADORA, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**

**16.5. Em caso de rescisão total ou parcial do SEGURO, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:**

**16.5.1. A SEGURADORA poderá reter do PRÊMIO recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**

**16.5.2. Quando adotado o fracionamento do PRÊMIO ou na hipótese de rescisão a pedido do SEGURADO, a SEGURADORA reterá, no máximo, além dos emolumentos, o PRÊMIO calculado de acordo com o item 15.4, destas CONDIÇÕES GERAIS.**

## **17. DO ARREPENDIMENTO**

**17.1. O SEGURADO poderá desistir do SEGURO contratado no prazo de 07 (sete) dias corridos, a contar da emissão do BILHETE, salvo em caso de aviso de SINISTRO prévio à manifestação do arrependimento.**

**17.2. O SEGURADO poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação do SEGURO Prestamista, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela SEGURADORA ou pelo REPRESENTANTE DE SEGUROS.**

**17.3. A SEGURADORA, ou seu REPRESENTANTE DE SEGUROS, e o CORRETOR DE SEGUROS habilitado, se aplicável e conforme o caso fornecerá ao SEGURADO confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.**

**17.4. Caso o SEGURADO exerça o direito de arrependimento previsto nesta Cláusula, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 17.1., serão devolvidos, de imediato.**

**17.4.1.** A devolução referida acima será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do PRÊMIO, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela SEGURADORA e expressamente aceitos pelo SEGURADO.

## **18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

### **18.1. Comunicação:**

**18.1.1.** Ocorrendo SINISTRO, **ele deverá ser comunicado imediatamente** pelo REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira, pelo SEGURADO ou seus BENEFICIÁRIOS, com as seguintes informações:

- a) Nome completo do SEGURADO;
- b) DDD e telefone para contato;
- c) Nome de pessoa para contato;
- d) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do SEGURADO;
- e) Cópia do BILHETE de SEGURO assinado pelo SEGURADO;
- f) Acrescidos dos seguintes documentos.

### **18.1.2. Em caso de Morte por Causas Naturais ou Acidentais do SEGURADO:**

- a) Formulário de comunicação de SINISTRO fornecido pela SEGURADORA, devidamente preenchido e assinado pelo BENEFICIÁRIO;
- b) Certidão de óbito (original ou cópia autenticada);
- c) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do BENEFICIÁRIO;
- d) Cópia do boletim de ocorrência policial se for o caso;
- e) Cópia da certidão de casamento do SEGURADO;
- f) Cópia do CNH (Carteira Nacional de Habilitação) quando o SEGURADO for condutor do veículo envolvido no acidente de trânsito;
- g) Cópia do laudo do exame necroscópico fornecido pelo IML se for o caso;
- h) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) se for o caso.

**18.1.3. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:**

- a) Formulário de comunicação de SINISTRO fornecido pela SEGURADORA, devidamente preenchido e assinado pelo BENEFICIÁRIO;
- b) Cópia do boletim de ocorrência policial;
- c) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) se for o caso;
- d) Cópia do exame de corpo delito, quando indicado e fornecido pelo IML (se houver);
- e) Relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau e percentual;
- f) Cópia do CNH (Carteira Nacional de Habilitação) quando o SEGURADO for condutor do veículo envolvido no acidente de trânsito.

**A Invalidez Permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

**18.1.4. Em caso de Perda de Emprego Involuntária:**

- a) Cópia autenticada do Termo de Rescisão Contratual;
- b) Cópia autenticada das páginas da carteira de trabalho, referente à página da foto, qualificação civil, último registro de trabalho e página seguinte em branco.

**Em caso de desemprego, as informações deverão ser atualizadas mensalmente pelo SEGURADO, para comprovação do estado de desemprego e para continuidade do processo de INDENIZAÇÃO para as modalidades de indenização em parcelas mensais, conforme especificado no BILHETE.**

**18.1.5. Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente:**

- a) Cópia do boletim de ocorrência;
- b) Relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau, percentual e tempo de afastamento para tratamento;
- c) Cópia dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia;

- d) Cópia do CNH (Carteira Nacional de Habilitação) quando o SEGURADO for condutor do veículo envolvido no acidente de trânsito;
- e) Cópia do documento comprobatório de ser profissional autônomo/liberal (Comprovante de recolhimento do INSS, declaração de Imposto de Renda Pessoa Física – IRRF ou Carnê Leão ou Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA).

**18.1.6. Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:**

- a) Cópia do boletim de ocorrência;
- b) Relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau, percentual e tempo de afastamento para tratamento;
- c) Cópia dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia;
- d) Cópia do CNH (Carteira Nacional de Habilitação) quando o SEGURADO for condutor do veículo envolvido no acidente de trânsito;
- e) Cópia do documento comprobatório de ser profissional autônomo/liberal (Comprovante de recolhimento do INSS, declaração de Imposto de Renda Pessoa Física – IRRF ou Carnê Leão ou Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA).

**18.2. Para ter direito à cobertura de Perda de Emprego Involuntária, é obrigatório que o empregado tenha cumprido o Aviso Prévio ou encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo, observadas as demais disposições das CONDIÇÕES GERAIS e ESPECIAIS do SEGURO.**

**18.3. É facultada à SEGURADORA, em caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos além daqueles previstos no item 18.1. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do SINISTRO será suspensa e voltando a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

## **19. INDENIZAÇÃO**

**19.1. Toda e qualquer INDENIZAÇÃO referente a este SEGURO será paga no Brasil e em moeda corrente nacional.**

**19.2. O prazo para o pagamento da INDENIZAÇÃO será de no máximo 30 (trinta) dias, contado a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nos subitens 18.1.1., 18.1.2., 18.1.3., 18.1.4. , 18.1.5. e 18.1.6, observado o disposto no item 19.2.1.**

**19.2.1.** No caso de solicitação de documentos e ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável da SEGURADORA, o prazo de que trata o item 19.2 será suspenso e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

**19.3.** Se a INDENIZAÇÃO não for paga no prazo, o respectivo valor estará sujeito à aplicação de juros de mora de 1% ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da INDENIZAÇÃO, sem prejuízo de sua atualização monetária, conforme previsto na cláusula 22 destas CONDIÇÕES GERAIS.

**19.4.** O valor da INDENIZAÇÃO de SINISTROS fica sujeito à atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data da ocorrência do SINISTRO até a data do efetivo pagamento, somente quando a SEGURADORA não cumprir, por motivo a ela atribuído, o prazo fixado para pagamento da INDENIZAÇÃO.

**19.5.** Se o valor da INDENIZAÇÃO devida não for suficiente para quitação integral da dívida ou compromisso do SEGURADO junto ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira, o SEGURADO continuará responsável pela liquidação do saldo devedor junto ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira, não havendo qualquer responsabilidade da SEGURADORA relativamente ao referido saldo.

**19.6.** O pagamento da INDENIZAÇÃO será feito por meio de cheque nominal, crédito em conta corrente bancária ou ordem de pagamento, no domicílio ou praça indicado pelo REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira e/ou pelo SEGURADO ou BENEFICIÁRIO, conforme o caso.

**19.7.** Comprovado algum tipo de fraude, a SEGURADORA suspenderá o pagamento da INDENIZAÇÃO e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas indevidamente, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

## **20. JUNTA MÉDICA**

**20.1.** Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como sobre a avaliação da incapacidade relacionada ao SEGURADO, a SEGURADORA proporá ao SEGURADO, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de sua contestação, a constituição de uma Junta Médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela SEGURADORA, outro pelo SEGURADO e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

**20.2.** 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.**

**20.3.** O prazo para constituição da Junta Médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do médico nomeado pelo SEGURADO.

**20.4. Uma vez constituída a Junta Médica, o REPRESENTANTE DE SEGUROS, o SEGURADO e a SEGURADORA ficarão vinculados ao diagnóstico conclusivo da Junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, em caso de divergência.**

## **21. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA**

**21.1. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias deste SEGURO sujeitam-se à atualização pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data em que se tornarem exigíveis.**

**21.1.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores devidos.**

**21.1.2. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.**

**21.2. 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).**

**21.3. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições de atualização monetária deste SEGURO serão imediatamente enquadradas às novas disposições.**

## **22. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO**

**22.1. O SEGURADO perderá o direito à INDENIZAÇÃO se agravar intencionalmente o risco.**

**23.2. Se o SEGURADO fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na sua elegibilidade às coberturas contratadas ou no valor do PRÊMIO, perderá o direito à INDENIZAÇÃO, além de estar o SEGURADO obrigado ao pagamento do PRÊMIO vencido.**

**22.3. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do SEGURADO, a SEGURADORA poderá:**

**22.3.1. 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 do PRÊMIO cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

**22.3.2. Na hipótese de ocorrência de SINISTRO com pagamento parcial do CAPITAL SEGURADO:**

a) cancelar o SEGURO, após 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 SEGURADO ou ao BENEFICIÁRIO ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

**22.3.3. 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de PRÊMIO cabível.**

**22.4. 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 a cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**

**22.4.1.** 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 SEGURO, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de PRÊMIO cabível.

**22.4.2.** O cancelamento do SEGURO só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de PRÊMIO, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

## **23. COMUNICAÇÕES**

**23.1.** As comunicações do SEGURADO ou REPRESENTANTE DE SEGUROS somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na SEGURADORA.

**23.1.1.** As comunicações feitas à SEGURADORA por um CORRETOR DE SEGUROS, em nome do SEGURADO ou REPRESENTANTE DE SEGUROS, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por estes, exceto expressa indicação em contrário da parte do REPRESENTANTE DE SEGUROS.

## **24. BENEFICIÁRIO**

**24.1.** Tratando-se de SEGURO prestamista, o primeiro BENEFICIÁRIO é o REPRESENTANTE DE SEGUROS, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, quando for o caso, ser paga a um segundo BENEFICIÁRIO, indicado pelo SEGURADO, ao próprio SEGURADO ou a seus herdeiros legais.

**24.2.** É lícita a substituição do segundo BENEFICIÁRIO, por ato entre vivos ou de última vontade.

**24.3.** A substituição do segundo BENEFICIÁRIO que trata a cláusula 24.2. somente será válida se a SEGURADORA for cientificada oportunamente da substituição, sob pena de desobrigar-se, pagando o CAPITAL SEGURADO ao antigo BENEFICIÁRIO indicado.

**24.4.** Na falta de indicação da pessoa ou segundo BENEFICIÁRIO, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o CAPITAL SEGURADO será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do SEGURADO, obedecida a ordem da vocação hereditária.

**24.5.** Na falta das pessoas indicadas na cláusula 24.4, serão BENEFICIÁRIOS os que provarem que a morte do SEGURADO os privou dos meios necessários à subsistência.

**24.6.** É válida a instituição do companheiro como BENEFICIÁRIO, se ao tempo do contrato o SEGURADO era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

**24.7.** Uma pessoa jurídica só poderá ser designada como segunda beneficiária deste SEGURO se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

## **25. PRESCRIÇÃO**

Os prazos prescricionais são aqueles previstos em Lei.

## **26. FORO**

As questões judiciais, entre o SEGURADO ou BENEFICIÁRIO e a SEGURADORA, serão processadas no foro do domicílio do SEGURADO ou do BENEFICIÁRIO, conforme o caso.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

## **MODELO BILHETE**



**Carência de XX dias a partir da data de início de vigência para as coberturas de Perda de Emprego Involuntária e de XX Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, exceto para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.**

**Franquia de XX dias a partir da data do sinistro para a cobertura de Perda de Emprego Involuntária e de XX dias para a cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.**

Data da Contratação/Emissão do Bilhete: DD/MM/AAAA  
PERÍODO DE COBERTURA DO SEGURO: DD/MM/AAAA a DD/MM/AAAA  
Vencimento da primeira parcela do financiamento: DD/MM/AAAA  
Vencimento da última parcela do financiamento: DD/MM/AAAA

Prêmio de Seguro por Cobertura Contratada:  
Cobertura de Morte por Causa Naturais e Acidentais: R\$ xxx.xxx,xx;  
Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente: R\$ xxx.xxx,xx;  
Cobertura de Perda de Emprego Involuntária: R\$ xxx.xxx,xx;  
Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente: R\$ xxx.xxx,xx.  
Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença: R\$ xxx.xxx,xx.

Prêmio Líquido Total: XXX.XXX,XX                      IOF: XX.XXX,XX                      Prêmio Total: XXX.XXX,XX

Prazo de Pagamento do Prêmio: XXXXXXXXXXXX                      Forma de pagamento do Prêmio: XXXXXXXXXXXX  
Periodicidade do Pagamento do Prêmio: XXXXXXXXXXXXXXXX                      Quantidade de parcelas do financiamento: XXXX  
Valor da parcela do financiamento: XXXXXXXXXXXXXXXX                      Valor total do contrato do financiamento: XXXXX,XX

Lei 12.741/12-Incidem sobre o prêmio líquido as alíquotas de 0,65% de PIS e de 4% COFINS, deduzidas do estabelecido em legislação específica.

**Não são elegíveis a este Seguro, segurados menores de XX e maiores de XX anos, tendo em vista que as regras, condições e taxas deste Seguro tem como base e são aplicáveis apenas à elegibilidade prevista para este Seguro.**

## **RISCOS EXCLUÍDOS**

**Não estão cobertos por quaisquer das coberturas deste Seguro, e por isso não conferem direito à indenização, os eventos ocorridos, mesmo durante o Período de Cobertura, em consequência de:**

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) Direta ou indireta de ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- d) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, exceto escapamento acidental de gases e vapores de caráter coletivo;
- e) Doação de órgãos e transplantes inter vivos;
- f) Suicídio, ou sua tentativa, cometido dentro dos primeiros 24 meses da Vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspensão;
- g) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;
- i) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes, administradores ou representante de seguros;
- j) Ato reconhecidamente perigoso praticado pelo Segurado, que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se decorrentes 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;
- k) Acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, salvo quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- l) Acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, salvo de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- m) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- n) 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 Osteomusculares 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
- o) 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, tal qual definido nas Condições Gerais.

**Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, também estão excluídos:**

- a) intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b) doenças 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;
- c) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.
- d) acidentes ocorridos em consequência de lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, salvo tentativa de suicídio após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspensão.

**Em caso de Perda de Emprego Involuntária, também estão excluídos:**

- a) Aposentadoria do Segurado por Instituições Oficiais ou Entidades Privadas;
- b) Jubilação ou pensão do Segurado;
- c) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício;
- d) Rescisão indireta prevista na legislação trabalhista, caso os requisitos para a caracterização da rescisão indireta já estivessem estabelecidos antes da data do fim da CARÊNCIA prevista nesta cobertura;
- e) desemprego ocorrido dentro do período de CARÊNCIA estabelecido neste BILHETE;
- f) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- g) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- h) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- i) Atos ilícitos, guerra, revolução, motim ou perturbações de ordem pública;
- j) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste Seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês.

Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente, também estão excluídos:

- a) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores ao início da Vigência do Risco Individual, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas conseqüentes;
- b) Hospitalização para Check-up;
- c) Gravidez e suas conseqüências, exceto quando diretamente decorrentes de um ACIDENTE PESSOAL;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- f) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- g) Envenenamento de caráter coletivo;
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer conseqüência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, também estão excluídos:

- a) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores ao início da Vigência do Risco Individual, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas conseqüentes;
- b) Hospitalização para Check-up;
- c) Gravidez e suas conseqüências, exceto quando diretamente decorrentes de um ACIDENTE PESSOAL;

- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- f) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- g) Envenenamento de caráter coletivo;
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;
- j) Doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide e osteoartrose;
- k) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- l) As instabilidades crônicas de qualquer articulação;
- m) As lombalgias, lombociatalgias ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- n) Dorsalgias, radiculopatias, ciáticas e outras neurites;
- o) Laserterapia, Escleroterapia e Microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- p) Entorses, distensões, contusões;
- q) Fraturas de elementos dentários.
- r) Perda de renda por Incapacidade Temporária por doença ocorrida dentro do período de CARÊNCIA estabelecido neste BILHETE.

**Documentos necessários em caso de sinistro:**

Ocorrendo Sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Representante de Seguros/Instituição Financeira, pelo Segurado ou seus Beneficiários, com as seguintes informações:

- a) Formulário de comunicação de Sinistro fornecido pela seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo segurado, beneficiário e/ou médico assistente, quando aplicável;
- b) Nome completo do segurado;
- c) DDD e telefone para contato;
- d) Nome de pessoa para contato;
- e) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- f) Acrescidos dos seguintes documentos:

**Em caso de Morte por Causas Naturais ou Acidentais do Segurado:**

- a) Certidão de óbito (original ou cópia autenticada);
- b) Cópia do RG, CPF E comprovante de residência do Beneficiário;
- c) Cópia do boletim de ocorrência policial, quando aplicável;
- d) Cópia da certidão de casamento do segurado, quando aplicável;
- e) Cópia do CNH (Carteira Nacional de Habilitação) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente de trânsito;
- f) Cópia do laudo do exame necroscópico fornecido pelo IML;
- g) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), quando aplicável.

**Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:**

- a) Cópia do boletim de ocorrência policial, quando aplicável;
- b) Cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) , quando aplicável;
- c) Cópia do exame de corpo delito, quando indicado e fornecido pelo IML, quando aplicável;
- d) Relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau e percentual;
- e) Cópia do CNH (Carteira Nacional de Habilitação) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente de trânsito.

A Invalidez Permanente deve ser comprovada através declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

**Em caso de Perda de Emprego Involuntária:**

- a) Cópia autenticada do Termo de Rescisão Contratual;
- b) Cópia autenticada das páginas da carteira de trabalho, referente à página da foto, qualificação civil, último registro de trabalho e página seguinte em branco.

Em caso de desemprego, as informações deverão ser atualizadas mensalmente pelo Segurado, para comprovação do estado de desemprego e para continuidade do processo de indenização para as modalidades de indenização paga mensalmente, conforme especificado neste bilhete.

**Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente:**

- a) Cópia do boletim de ocorrência;
- b) Relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau, percentual e tempo de afastamento para tratamento;
- c) Cópia dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia;
- d) Cópia do CNH (Carteira Nacional de Habilitação) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente de trânsito;
- e) Cópia do documento comprobatório de ser profissional autônomo/liberal (Comprovante de recolhimento do INSS, declaração de Imposto de Renda Pessoa Física – IRRF ou Carnê Leão ou Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA).

**Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:**

- a) Cópia do boletim de ocorrência;
- b) Relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau, percentual e tempo de afastamento para tratamento;
- c) Cópia dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia;
- d) Cópia do CNH (Carteira Nacional de Habilitação) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente de trânsito;
- e) Cópia do documento comprobatório de ser profissional autônomo/liberal (Comprovante de recolhimento do INSS, declaração de Imposto de Renda Pessoa Física – IRRF ou Carnê Leão ou Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA).

Mediante dúvida fundamentada e justificável, a Seguradora pode solicitar documentos adicionais. Prazo Máximo da Indenização: 30 (trinta) dias, contados a partir do aviso do sinistro.

A contratação do seguro é opcional, sendo possível a desistência do contrato em até 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão do bilhete, ou do efetivo pagamento do prêmio, o que ocorrer por

último, com a devolução integral do valor pago do seguro. A comunicação da desistência deverá ser efetuada no estabelecimento do Representante de Seguros ou por meio da Central de Atendimento da Seguradora.

Caso o segurado já tenha recorrido à Central de Atendimento e não tenha se sentido satisfeito com a solução apresentada, poderá recorrer à Ouvidoria pelo email: [ouvidoria@virginiasuranty.com](mailto:ouvidoria@virginiasuranty.com) ou pelo telefone 0800 727 4586, informando seu número de protocolo fornecido pela Central de Atendimento.

**Declaro que: Estou em perfeitas condições de saúde e em plena atividade laborativa e que as informações contidas neste Bilhete são verdadeiras e completas, não omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro, bem como tenho plena ciência na implicação de perda do direito do seguro e dos prêmios pagos, na hipótese de inexistência ou omissão de informações conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro. Declaro ainda que tive conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do Seguro Prestamista; recebi o respectivo Resumo dessas Condições; e concordo com todos os termos neles contidos.**

<Cidade>, <data de emissão>

---

Assinatura do Segurado

Mais informações podem ser consultadas por meio da SUSEP: 0800 021 8484 ou [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) pelo link "Consulta de Produto"



Virginia Surety Companhia de Seguros do Brasil

## **SEGURO PRESTAMISTA**

### **Grupo 13 - PESSOAS INDIVIDUAL - Ramo 77 – PRESTAMISTA**

#### **CONDIÇÕES ESPECIAIS**

##### **COBERTURA BÁSICA DE MORTE POR CAUSAS NATURAIS E ACIDENTAIS**

###### **1. OBJETIVO**

**1.1.** Observadas as demais disposições destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**, das **CONDIÇÕES GERAIS**, o objetivo desta cobertura é garantir, no caso de morte do **SEGURADO** por causas naturais e acidentais ocorrida durante o **PERÍODO DE COBERTURA**:

- 1.1.1.** O pagamento de uma **INDENIZAÇÃO** ao **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira** ou ao **BENEFICIÁRIO**, conforme o caso, limitada ao valor do **CAPITAL SEGURADO** contratado para esta cobertura, destinada à liquidação de parte ou da totalidade do saldo devedor da dívida ou compromisso do **SEGURADO** perante o **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira** e constante do **BILHETE**; **INDENIZAÇÃO** esta líquida de valores referentes a parcelas vencidas e não pagas na data da ocorrência do **SINISTRO**, bem como de seus encargos financeiros;
- 1.1.2.** A **SEGURADORA** não assumirá parcelas de financiamento anteriores à data de contratação deste **SEGURO**, sendo estas de responsabilidade exclusiva do **SEGURADO**.

**1.2.** Não haverá a garantia de **INDENIZAÇÃO** de que trata o item 1.1.1., destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**, se a morte do **SEGURADO** for consequência de qualquer dos **RISCOS EXCLUÍDOS** previstos nas **CONDIÇÕES GERAIS** deste **SEGURO**, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda do Direito à **INDENIZAÇÃO** prevista nas referidas **CONDIÇÕES GERAIS** ou na legislação em vigor.

###### **2. RISCOS EXCLUÍDOS**

Não está coberta pela Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais a morte consequente de qualquer dos **RISCOS EXCLUÍDOS** previstos nas **CONDIÇÕES GERAIS** do **SEGURO**. Por essa razão, a morte do **SEGURADO** resultante de **RISCO EXCLUÍDO** não conferirá ao **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira** nem ao **BENEFICIÁRIO** qualquer direito ao **CAPITAL SEGURADO** contratado.

### **3. CAPITAL SEGURADO**

O valor do CAPITAL SEGURADO inicial da Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais é referido no BILHETE em expressão da moeda corrente nacional, e varia de acordo com a variação da dívida do SEGURADO.

### **4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

**4.1.** A Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais de que trata estas CONDIÇÕES ESPECIAIS poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) cobertura(s) prevista nas CONDIÇÕES GERAIS deste SEGURO.

**4.2.** Se após paga uma Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a SEGURADORA deduzirá do valor da indenização devida em razão da morte do Segurado a importância já paga, pagando apenas a diferença, se houver.

### **5. DISCIPLINA DA COBERTURA**

Além das disposições destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, aplicam-se à Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO Prestamista.

## SEGURO PRESTAMISTA

### Grupo 13 - PESSOAS INDIVIDUAL - Ramo 77 – PRESTAMISTA

#### CONDIÇÕES ESPECIAIS

#### COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

##### 1. OBJETIVO

**1.1.** Observadas as demais disposições destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**, das **CONDIÇÕES GERAIS**, o objetivo desta cobertura é garantir, no caso de Invalidez Permanente Total do **SEGURADO**, em decorrência da perda ou da impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão por lesão física causada por **ACIDENTE PESSOAL** ocorrido durante o **PERÍODO DE COBERTURA**, constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento ou após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional:

**1.1.1** O pagamento de uma **INDENIZAÇÃO** ao **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**, ao **SEGURADO** ou ao **BENEFICIÁRIO**, conforme o caso, limitado ao valor do **CAPITAL SEGURADO** contratado para esta cobertura, destinado à liquidação de parte ou da totalidade do valor do saldo devedor da dívida ou compromisso do **SEGURADO** perante o **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira** e constante do **BILHETE**; **INDENIZAÇÃO** esta líquida de valores referentes a parcelas vencidas e não pagas na data da ocorrência do **SINISTRO**, bem como de seus encargos financeiros.

**1.1.2** A **SEGURADORA** não assumirá parcelas de financiamento anteriores à data de contratação deste **SEGURO**, sendo estas de responsabilidade exclusiva do **SEGURADO**.

**1.1.3.** Não haverá a direito à **INDENIZAÇÃO** de que trata o item 1.1.1 destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**, se a invalidez permanente total do **SEGURADO** for consequência de qualquer dos **RISCOS EXCLUÍDOS** previstos nestas **CONDIÇÕES ESPECIAIS** e nas **CONDIÇÕES GERAIS** do **SEGURO**, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda do Direito à **INDENIZAÇÃO**, previstas nas referidas **CONDIÇÕES GERAIS** ou na legislação em vigor.

**1.2.** Para efeitos desta cobertura, considerar-se-ão como Invalidez Permanente Total os casos listados a seguir, decorrentes exclusivamente de **ACIDENTE PESSOAL** ocorrido durante o **PERÍODO DE COBERTURA**:

a) Perda total da visão de ambos os olhos;

- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um dos braços e uma das pernas;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés e,
- h) A alienação mental total e incurável.

**1.2.1. A perda dos membros ou órgãos referidos nas letras "a" a "g" e a alienação mental referida na letra "h" do item 1.2, ocorrida antes do início de VIGÊNCIA DO RISCO Individual, não dará a quem quer que seja o direito à INDENIZAÇÃO.**

## **2. RISCOS EXCLUÍDOS**

**2.1. Além de todos os RISCOS EXCLUÍDOS mencionados nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO, também estão excluídos desta cobertura:**

**2.1.1. Intercorrências e complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

**2.1.2. Doenças 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;**

**2.1.3. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a INDENIZAÇÃO por invalidez permanente.**

**2.2. Estão ainda expressamente excluídos desta Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente, os acidentes ocorridos em consequência de:**

**2.2.1 Lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero, salvo tentativa de suicídio após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.**

## **3. CAPITAL SEGURADO**

O valor do CAPITAL SEGURADO da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente é referido no BILHETE em expressão da moeda corrente nacional, e varia de acordo com a variação da dívida do SEGURADO.

#### **4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

**4.1.** A Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente de que trata estas CONDIÇÕES ESPECIAIS somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais.

**4.1.1.** Desde que contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais, a cobertura de que trata estas CONDIÇÕES ESPECIAIS poderá ser combinada com qualquer outra Cobertura Adicional prevista nas CONDIÇÕES GERAIS deste SEGURO.

#### **5. DISCIPLINA DA COBERTURA**

Além das disposições destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, aplicam-se à Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO Prestamista.

## **SEGURO PRESTAMISTA**

### **Grupo 13 - PESSOAS INDIVIDUAL - Ramo 77 – PRESTAMISTA**

#### **CONDIÇÕES ESPECIAIS**

##### **COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE EMPREGO INVOLUNTÁRIA**

###### **1. OBJETIVO**

**1.1.** Observadas as demais disposições destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**, das **CONDIÇÕES GERAIS** do **SEGURO**, a presente cobertura tem o objetivo de garantir uma **INDENIZAÇÃO** ao **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**, ao **SEGURADO** ou ao **BENEFICIÁRIO**, conforme o caso, sob a forma de prestação mensal ou pagamento único, em número de parcelas (se for o caso) e valor estabelecidos no **BILHETE**, destinada exclusivamente à liquidação de parte ou da totalidade das prestações da dívida ou compromisso do **SEGURADO** junto ao **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**, caso este venha a perder a renda em razão da perda involuntária do emprego.

**1.2.** Para ter direito à **INDENIZAÇÃO** garantida por esta cobertura é necessário que o **SEGURADO** comprove vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas, mediante o devido registro em carteira de trabalho (**profissionais liberais estão excluídos desta cobertura**), contados regressivamente da ocorrência do evento caracterizador do **SINISTRO**.

**1.3. Além da condição prevista no item 1.2 desta cláusula, para se ter direito à INDENIZAÇÃO desta cobertura, faz-se necessária, também, a ocorrência de:**

- a) demissão involuntária do **SEGURADO**, assim considerada aquela a que o **SEGURADO** não tenha dado causa e aquela que não seja por ele solicitada e que origina-se por decisão única e exclusiva do empregador;
- b) a anotação da demissão na Carteira de Trabalho; e
- c) o requerimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, com baixa no Contrato de Trabalho.

**1.4. Não haverá direito à INDENIZAÇÃO de que trata o item 1.1 destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, se a perda de renda ou desemprego for consequência de qualquer dos RISCOS EXCLUÍDOS previstos nestas CONDIÇÕES ESPECIAIS e nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda do Direito à INDENIZAÇÃO prevista nas referidas CONDIÇÕES GERAIS ou na legislação em vigor.**

**1.5. A SEGURADORA não assumirá parcelas de financiamento anteriores à data de contratação deste SEGURO, sendo estas de responsabilidade exclusiva do SEGURADO.**

## **2. CARÊNCIA**

Para esta cobertura haverá **PERÍODO DE CARÊNCIA** de até 60 (sessenta) dias, a contar da data de aceitação do **SEGURO**. O **SINISTRO** ocorrido no **PERÍODO DE CARÊNCIA** não estará coberto e por isso não conferirá ao **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**, ao **SEGURADO** ou ao **BENEFICIÁRIO** o direito a qualquer **INDENIZAÇÃO** por esta cobertura.

## **3. FRANQUIA**

Para esta cobertura haverá **PERÍODO DE FRANQUIA** de até 60 (sessenta) dias, a contar da data de ocorrência do evento que caracteriza o **SINISTRO**. Durante o período de **FRANQUIA**, o **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**, o **SEGURADO** e o **BENEFICIÁRIO** não terão direito à qualquer **INDENIZAÇÃO** por esta cobertura. Somente haverá a garantia da **INDENIZAÇÃO** se o **SEGURADO** permanecer na condição de desempregado pelo referido período.

## **4. CAPITAL SEGURADO**

O valor do **CAPITAL SEGURADO** da Cobertura Adicional de Perda de Emprego Involuntária será estabelecido no **BILHETE** em número de prestações mensais de um valor determinado ou na forma de pagamento único.

## **5. INDENIZAÇÃO**

**5.1.** A **INDENIZAÇÃO** garantida por esta cobertura é devida a partir do mês seguinte ao do término da **FRANQUIA** e será paga sob forma de prestação mensal ou pagamento único, no valor correspondente ao valor da prestação mensal da dívida ou compromisso contraído pelo **SEGURADO** perante o **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira** ou ao valor contratado para a prestação do **CAPITAL SEGURADO** devido mensalmente ou na forma de pagamento único, conforme especificado no **BILHETE**.

**5.1.1.** Se o valor da prestação mensal da dívida ou compromisso do **SEGURADO** for superior ao valor contratado de **CAPITAL SEGURADO** especificado no **BILHETE**, a diferença será de exclusiva responsabilidade do **SEGURADO** ou de quem por ele responda.

**5.2.** Caso a indenização seja paga sob forma de prestação mensal, o pagamento perdurará até que o **SEGURADO** volte a exercer qualquer atividade remunerada, ou até que se esgotem as prestações mensais do **CAPITAL SEGURADO** contratadas, ou então até que seja quitada integralmente a dívida ou compromisso do **SEGURADO**, o que ocorrer primeiro.

**5.3.** A extinção da dívida ou compromisso durante o período de pagamento da **INDENIZAÇÃO** sob a forma de prestação mensal, seja qual for o motivo, acarretará,

de pleno direito, a cessação do pagamento da **INDENIZAÇÃO** ao **REPRESENTANTE/Instituição Financeira**.

**5.4.** Uma vez cessado o pagamento da **INDENIZAÇÃO**, salvo hipótese de extinção ou quitação da dívida ou compromisso, continuará sendo garantida a **INDENIZAÇÃO** desta cobertura caso ocorra novamente um sinistro, **desde que ainda exista(m) valor(es)/parcela(s) remanescente(s) de CAPITAL SEGURADO contratado para esta cobertura.**

**5.4.1.** Na hipótese do item 5.4 desta cláusula, satisfeitas todas as condições nela estabelecidas, deverá ser observada a **FRANQUIA** estabelecida na cláusula 3 destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**.

**5.5.** A prova do desemprego será feita mediante a exibição da cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data + a página da foto + qualificação civil + último registro de trabalho + página seguinte em branco), autenticada em cartório e devidamente datada, na data do vencimento da prestação mensal da dívida ou compromisso. Além daqueles constantes na cláusula 18.1.4 das **CONDIÇÕES GERAIS** deste **SEGURO**. A **SEGURADORA** poderá a seu critério, aceitar outros documentos comprobatórios do desemprego.

## **6. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além dos **RISCOS EXCLUÍDOS** e expressamente mencionados nas **CONDIÇÕES GERAIS** do **SEGURO**, também estão excluídos desta Cobertura Adicional de Perda de Emprego Involuntária e por isso não garantem direito à **INDENIZAÇÃO**:

- a) Aposentadoria do **SEGURADO** por Instituições Oficiais ou Entidades Privadas;
- b) Jubilação ou pensão do **SEGURADO**;
- c) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício;
- d) Rescisão indireta prevista na legislação trabalhista, caso os requisitos para a caracterização da rescisão indireta já estivessem estabelecidos antes da data do fim da **CARÊNCIA** prevista nesta cobertura;
- e) desemprego ocorrido dentro do período de **CARÊNCIA** estabelecido no **BILHETE**;
- f) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- g) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;

- h) Demissão por justa causa do trabalhador **SEGURADO**;
- i) Atos ilícitos, guerra, revolução, motim ou perturbações de ordem pública;
- j) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste **SEGURO** considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês.

## **7. TÉRMINO DA COBERTURA**

Além das hipóteses previstas nas **CONDIÇÕES GERAIS** para cessação da **VIGÊNCIA DO RISCO**, esta Cobertura Adicional de Perda de Emprego Involuntária cessará:

- a) Com o cancelamento do **SEGURO** ou com o término da **VIGÊNCIA DO RISCO**;
- b) Com o término do vínculo entre o **SEGURADO** e o **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**;
- c) Quando o **SEGURADO** deixar de pagar o **PRÊMIO**.
- d) No último dia do mês de Vigência do **SEGURO** que seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do **REPRESENTANTE/Instituição Financeira**; e
- e) Com o falecimento ou a invalidez total permanente do **SEGURADO**.

## **8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

**8.1.** A Cobertura Adicional de Perda de Emprego Involuntária de que trata estas **CONDIÇÕES ESPECIAIS** somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais.

**8.1.1.** Desde que contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais, a cobertura de que trata estas **CONDIÇÕES ESPECIAIS** poderá ser combinada com qualquer outra Cobertura Adicional prevista nas **CONDIÇÕES GERAIS** deste **SEGURO**, exceto a Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

**8.2.** A morte ou a invalidez permanente total por acidente do **SEGURADO** durante o recebimento de **INDENIZAÇÃO** pela Cobertura Adicional de Perda de Emprego Involuntária, cobertas pelas coberturas correspondentes deste **SEGURO**, faz cessar imediatamente o pagamento da **INDENIZAÇÃO**.

## **9. DISCIPLINA DA COBERTURA**

Além das disposições destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**, aplicam-se à Cobertura Adicional de Perda de Emprego Voluntária as cláusulas das **CONDIÇÕES GERAIS** do **SEGURO** Prestamista.

## **SEGURO PRESTAMISTA**

### **Grupo 13- PESSOAS INDIVIDUAL - Ramo 77 – PRESTAMISTA**

#### **CONDIÇÕES ESPECIAIS**

##### **COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE**

###### **1. OBJETIVO**

**1.1.** A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente é a cobertura que substitui a garantia de Perda de Emprego Involuntária e validar-se-á **somente aos profissionais liberais ou autônomos que justificarem uma atividade profissional.**

Observadas as demais disposições destas CONDIÇÕES ESPECIAIS e das CONDIÇÕES GERAIS, a presente cobertura tem o objetivo de garantir uma INDENIZAÇÃO ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira, ao SEGURADO ou ao BENEFICIÁRIO, conforme o caso, sob a forma de prestação mensal ou pagamento único conforme estabelecido no BILHETE, destinada exclusivamente à liquidação de parte ou da totalidade das prestações da dívida ou compromisso do SEGURADO, caso ocorra sua incapacidade temporária em consequência de ACIDENTE PESSOAL durante o PERÍODO DE COBERTURA, que o impossibilite de exercer sua atividade laborativa principal por período mínimo superior a 30 (trinta) dias ininterruptos, e que seja devidamente constatada e avaliada conforme previsto nestas CONDIÇÕES ESPECIAIS e nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO.

São considerados SEGURADOS elegíveis a esta cobertura, pessoas físicas, profissionais liberais, ou autônomos devidamente comprovados por um ou mais dois seguintes documentos: Comprovante de recolhimento do INSS, declaração de Imposto de Renda Pessoa Física, Carnê Leão, Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA.

**1.1.1. Não haverá direito à INDENIZAÇÃO de que trata o item 1.1 destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, se a incapacidade temporária for consequência de qualquer dos RISCOS EXCLUÍDOS previstos nestas CONDIÇÕES ESPECIAIS e nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda do Direito à INDENIZAÇÃO prevista nas referidas CONDIÇÕES GERAIS ou na legislação em vigor.**

**1.1.2. A SEGURADORA não assumirá parcelas de financiamento anteriores à data de contratação deste SEGURO, sendo estas de responsabilidade exclusiva do SEGURADO.**

**1.1.3. Para os fins desta cobertura será considerada atividade laborativa principal do SEGURADO aquela através da qual ele obteve maior renda no período de 12 (doze) meses anteriores ao SINISTRO.**

## 2. FRANQUIA

Para esta cobertura haverá **FRANQUIA** de até 15 (quinze) dias, a contar da data de ocorrência do evento que caracterize o **SINISTRO**. Durante o período de **FRANQUIA**, o **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**, o **SEGURADO** e o **BENEFICIÁRIO** não terão direito à qualquer **INDENIZAÇÃO** por esta cobertura. Somente haverá a garantia da **INDENIZAÇÃO** se o **SEGURADO** permanecer na condição de incapacidade pelo referido período.

## 3. CAPITAL SEGURADO

O valor do **CAPITAL SEGURADO** da Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente será estabelecido no **BILHETE** em número de prestações mensais de valor determinado ou na forma de pagamento único.

## 4. INDENIZAÇÃO

**4.1.** A **INDENIZAÇÃO** garantida por esta cobertura é **devida a partir do mês seguinte ao término da FRANQUIA** e será paga sob a forma de prestação mensal ou pagamento único, no valor correspondente ao valor da prestação mensal da dívida ou compromisso contraído pelo **SEGURADO** perante o **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira** ou ao valor contratado para a prestação do **CAPITAL SEGURADO** devida mensalmente ou na forma de pagamento único, conforme especificado no **BILHETE**.

**4.1.1.** Se o valor da prestação mensal da dívida ou compromisso do **SEGURADO** for superior ao valor contratado de **CAPITAL SEGURADO** especificado no **BILHETE**, a diferença será de exclusiva responsabilidade do **SEGURADO** ou de quem por ele responda.

**4.2** A indenização sob a forma de pagamento mensal perdurará até a cessação da incapacidade do **SEGURADO**, ou até que se esgotem as prestações mensais do **CAPITAL SEGURADO** contratadas, ou então até que seja quitada integralmente a dívida ou compromisso do **SEGURADO**, o que ocorrer primeiro.

**4.3.** A extinção da dívida ou compromisso durante o período de pagamento da **INDENIZAÇÃO** sob a forma de prestação mensal, seja qual for o motivo, acarretará, de pleno direito, a cessação do pagamento da **INDENIZAÇÃO** ao **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**.

**4.4.** Uma vez cessado o pagamento da **INDENIZAÇÃO**, salvo hipótese de extinção ou quitação da dívida ou compromisso, continuará sendo garantida a **INDENIZAÇÃO** desta cobertura caso ocorra novamente um sinistro, **desde que, ainda exista(m) valor(es)/parcela(s) remanescente(s) de CAPITAL SEGURADO** contratado para esta cobertura.

**4.4.1.** Na hipótese do item 4.4 desta cláusula, satisfeita a condição nela estabelecida, deverá ser observada a **FRANQUIA** estabelecida na cláusula 2 destas **CONDIÇÕES ESPECIAIS**.

## **5. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além dos RISCOS EXCLUÍDOS previstos nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO, também estão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente e por isso não geram o direito à INDENIZAÇÃO por ela garantida:

- a) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores ao início da VIGÊNCIA DO RISCO Individual, para as quais o SEGURADO tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas conseqüentes;
- b) Hospitalização para Check-up;
- c) Gravidez e suas conseqüências, exceto quando diretamente decorrentes de um ACIDENTE PESSOAL;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo SEGURO;
- f) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- g) Envenenamento de caráter coletivo;
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer conseqüência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

## **6. TÉRMINO DA COBERTURA**

Além das hipóteses de cessação do Risco Individual previstas nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO, a Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente cessará:

- a) com o cancelamento do SEGURO ou com o término da VIGÊNCIA DO RISCO Individual;
- b) com o término do vínculo entre o SEGURADO e o REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira;
- c) quando o SEGURADO deixar de pagar o PRÊMIO.

d) no último dia do mês de Vigência do SEGURO que seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira; e

e) com o falecimento ou a invalidez total permanente do SEGURADO.

## **7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

**7.1. A Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente de que trata estas CONDIÇÕES ESPECIAIS somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais.**

7.1.1. Desde que contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais, a cobertura de que trata estas CONDIÇÕES ESPECIAIS poderá ser combinada com qualquer outra Cobertura Adicional prevista nas CONDIÇÕES GERAIS deste SEGURO, exceto a Cobertura Adicional de Perda de Emprego Involuntária.

**7.2. A morte ou a invalidez permanente total por acidente do SEGURADO durante o recebimento de INDENIZAÇÃO pela Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente, cobertas pelas coberturas correspondentes deste SEGURO, faz cessar imediatamente o pagamento da INDENIZAÇÃO.**

## **8. DISCIPLINA DA COBERTURA**

Além das disposições destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, aplicam-se à Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO Prestamista.

## **SEGURO PRESTAMISTA**

### **Grupo 13- PESSOAS INDIVIDUAL - Ramo 77 – PRESTAMISTA**

#### **CONDIÇÕES ESPECIAIS**

##### **COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA**

###### **1. OBJETIVO**

**1.1.** A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença é a cobertura que substitui a garantia de Perda de Emprego Involuntária e validar-se-á **somente aos profissionais liberais ou autônomos que justificarem uma atividade profissional.**

Observadas as demais disposições destas CONDIÇÕES ESPECIAIS e das CONDIÇÕES GERAIS, a presente cobertura tem o objetivo de garantir uma INDENIZAÇÃO ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira, ao SEGURADO ou ao BENEFICIÁRIO, conforme o caso, sob a forma de prestação mensal ou pagamento único conforme estabelecido no BILHETE, destinada exclusivamente à liquidação de parte ou da totalidade das prestações da dívida ou compromisso do SEGURADO, caso ocorra sua incapacidade temporária em consequência de ACIDENTE PESSOAL ou Doença durante o PERÍODO DE COBERTURA, que o impossibilite de exercer sua atividade laborativa principal por período mínimo superior a 30 (trinta) dias ininterruptos, e que seja devidamente constatada e avaliada conforme previsto nestas CONDIÇÕES ESPECIAIS e nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO.

São considerados SEGURADOS elegíveis a esta cobertura, pessoas físicas, profissionais liberais, ou autônomos devidamente comprovados por um ou mais dois seguintes documentos: Comprovante de recolhimento do INSS, declaração de Imposto de Renda Pessoa Física, Carnê Leão, Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA.

**1.1.1.** Não haverá direito à INDENIZAÇÃO de que trata o item 1.1 destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, se a incapacidade temporária for consequência de qualquer dos RISCOS EXCLUÍDOS previstos nestas CONDIÇÕES ESPECIAIS e nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de Perda do Direito à INDENIZAÇÃO prevista nas referidas CONDIÇÕES GERAIS ou na legislação em vigor.

**1.1.2** A SEGURADORA não assumirá parcelas de financiamento anteriores à data de contratação deste SEGURO, sendo estas de responsabilidade exclusiva do SEGURADO.

**1.1.3.** Para os fins desta cobertura será considerada atividade laborativa principal do SEGURADO aquela através da qual ele obteve maior renda no período de 12 (doze) meses anteriores ao SINISTRO.

## **2. CARÊNCIA**

Para esta Cobertura haverá **CARÊNCIA** de até 30 (trinta) dias, exceto para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o **PERÍODO DE CARÊNCIA** será de 2 (dois) anos ininterruptos a contar da data de aceitação do **SEGURADO** no **SEGURO**; ou eventos decorrentes de **ACIDENTES PESSOAIS**, para os quais não haverá **CARÊNCIA**. O Sinistro ocorrido no **PERÍODO DE CARÊNCIA** não estará coberto e por isso não conferirá ao **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**, ao **SEGURADO** ou ao **BENEFICIÁRIO** o direito a qualquer Indenização por esta cobertura.

## **3. FRANQUIA**

Para esta cobertura haverá **FRANQUIA** de até 15 (quinze) dias, a contar da data de ocorrência do evento que caracterize o **SINISTRO**. Durante o período de **FRANQUIA**, o **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira**, o **SEGURADO** e o **BENEFICIÁRIO** não terão direito à qualquer **INDENIZAÇÃO** por esta cobertura. Somente haverá a garantia da **INDENIZAÇÃO** se o **SEGURADO** permanecer na condição de incapacidade pelo referido período.

## **4. CAPITAL SEGURADO**

O valor do **CAPITAL SEGURADO** da Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença será estabelecido no **BILHETE** em número de prestações mensais de valor determinado ou na forma de pagamento único.

## **5. INDENIZAÇÃO**

**5.1.** A **INDENIZAÇÃO** garantida por esta cobertura **é devida a partir do mês seguinte ao término da FRANQUIA** e será paga sob a forma de prestação mensal ou pagamento único, no valor correspondente ao valor da prestação mensal da dívida ou compromisso contraído pelo **SEGURADO** perante o **REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira** ou ao valor contratado para a prestação do **CAPITAL SEGURADO** devida mensalmente ou na forma de pagamento único, conforme especificado no **BILHETE**.

**5.1.1.** Se o valor da prestação mensal da dívida ou compromisso do **SEGURADO** for superior ao valor contratado de **CAPITAL SEGURADO** especificado no **BILHETE**, a diferença será de exclusiva responsabilidade do **SEGURADO** ou de quem por ele responda.

**5.2.** A indenização sob a forma de pagamento mensal perdurará até a cessação da incapacidade do **SEGURADO**, ou até que se esgotem as prestações mensais do **CAPITAL SEGURADO** contratadas, ou então até que seja quitada integralmente a dívida ou compromisso do **SEGURADO**, o que ocorrer primeiro.

**5.3. A extinção da dívida ou compromisso durante o período de pagamento da INDENIZAÇÃO sob a forma de prestação mensal, seja qual for o motivo, acarretará, de pleno direito, a cessação do pagamento da INDENIZAÇÃO ao REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira.**

**5.4. Uma vez cessado o pagamento da INDENIZAÇÃO, salvo hipótese de extinção ou quitação da dívida ou compromisso, continuará sendo garantida a INDENIZAÇÃO desta cobertura caso ocorra novamente um sinistro, desde que, ainda exista(m) valor(es)/parcela(s) remanescente(s) de CAPITAL SEGURADO contratado para esta cobertura.**

**5.4.1. Na hipótese do item 5.4 desta cláusula, satisfeita a condição nela estabelecida, deverá ser observada a FRANQUIA estabelecida na cláusula 3 destas CONDIÇÕES ESPECIAIS.**

## **6. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Além dos RISCOS EXCLUÍDOS previstos nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO, também estão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença e por isso não geram o direito à INDENIZAÇÃO por ela garantida:**

- a) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores ao início da VIGÊNCIA DO RISCO Individual, para as quais o SEGURADO tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;**
- b) Hospitalização para Check-up;**
- c) Gravidez e suas consequências, exceto quando diretamente decorrentes de um ACIDENTE PESSOAL;**
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo SEGURO;**
- f) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- g) Envenenamento de caráter coletivo;**
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

- i) Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;**
- j) Doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide e osteoartrose;**
- k) Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- l) As instabilidades crônicas de qualquer articulação;**
- m) As lombalgias, lombociatalgias ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;**
- n) Dorsalgias, radiculopatias, ciáticas e outras neurites;**
- o) Laserterapia, Escleroterapia e Microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- p) Entorses, distensões, contusões;**
- q) Fraturas de elementos dentários;**
- r) Perda de renda por Incapacidade Temporária por doença ocorrida dentro do período de CARÊNCIA estabelecido no BILHETE.**

## **7. TÉRMINO DA COBERTURA**

**Além das hipóteses de cessação do Risco Individual previstas nas CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO, a Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença cessará:**

- a) com o cancelamento do SEGURO ou com o término da VIGÊNCIA DO RISCO Individual;**
- b) com o término do vínculo entre o SEGURADO e o REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira;**
- c) quando o SEGURADO deixar de pagar o PRÊMIO.**
- d) no último dia do mês de Vigência do SEGURO que seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do REPRESENTANTE DE SEGUROS/Instituição Financeira; e**
- e) com o falecimento ou a invalidez total permanente do SEGURADO.**

## **8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

**8.1. A Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária de que trata estas CONDIÇÕES ESPECIAIS somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais.**

8.1.1. Desde que contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte por Causas Naturais e Acidentais, a cobertura de que trata estas CONDIÇÕES ESPECIAIS poderá ser combinada com qualquer outra Cobertura Adicional prevista nas CONDIÇÕES GERAIS deste SEGURO, exceto a Cobertura Adicional de Perda de Emprego Involuntária.

**8.2. A morte ou a invalidez permanente total por acidente do SEGURADO durante o recebimento de INDENIZAÇÃO pela Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença, cobertas pelas coberturas correspondentes deste SEGURO, faz cessar imediatamente o pagamento da INDENIZAÇÃO.**

## **9. DISCIPLINA DA COBERTURA**

Além das disposições destas CONDIÇÕES ESPECIAIS, aplicam-se à Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença todas as cláusulas das CONDIÇÕES GERAIS do SEGURO Prestamista.