

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
CONDIÇÕES GERAIS**

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

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

- a) Incluem-se, nesse conceito:
- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa (se decorridos 2 (dois) anos de vigência individual), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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:**
- 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, 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.

- Apólice:** Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.
- Aviso de Sinistro:** Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
- Beneficiário:** Pessoa, física ou jurídica, designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto.
- Carência:** Período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de

suspensão da cobertura, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados e a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

- Certificado Individual:** Documento destinado ao Segurado e emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação do proponente na apólice, a renovação do seguro ou a alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Do certificado individual devem constar, além dos dados pessoais do Segurado, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, o prêmio total e a informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico, quando for o caso.
- Cobertura:** Proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado de acordo com as condições da apólice.
- Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
- Condições Especiais:** Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- Contrato:** Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
- Corretor:** Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de seguro, podendo representar os interesses do Estipulante ou do Segurado junto à Seguradora.
- Dados Cadastrais** São informações sobre o Estipulante e sobre os Segurados que toda proposta de contratação e de adesão deverão conter, conforme segue:
1. PESSOA FÍSICA:
 - a. Nome completo;
 - b. Sexo;
 - c. Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);
 - d. Data de nascimento;
 - e. Nacionalidade;
 - f. Natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição (RG);
 - g. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD;
 - h. Profissão;
 - i. Faixa de Renda; e
 - j. Enquadramento como pessoa politicamente exposta.
 2. PESSOA JURÍDICA
 - a. Denominação ou razão social;
 - b. Atividade principal desenvolvida;
 - c. Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
 - d. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD;

e. Patrimônio Líquido e faturamento anual.

Dano Moral: Toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. **O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas desta apólice.**

Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes: São aquelas que o Segurado ou seu responsável sabia ser portador ou sofredor na data da assinatura da proposta de adesão e que não foram declaradas na mesma.

Endosso ou Aditivo: Instrumento de alteração do contrato de seguro – documento que a Seguradora emite para promover qualquer modificação na apólice e que fica fazendo parte integrante da mesma. A Seguradora tem 15 (quinze) dias para analisar, aceitar integralmente ou com ressalvas ou recusar uma solicitação de alteração da apólice.

Estipulante: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Franquia: É o período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

Grupo Segurado: É a parte do grupo segurável efetivamente aceita pela Seguradora e incluída na apólice.

Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Indenizações Punitivas: Indenizações decorrentes de processos civis, como punição a qualquer falta do Estipulante ou do Segurado, não destinadas a repor a perda do Segurado ou de terceiro reclamante (“Punitive Damages”). **As Indenizações Punitivas são riscos excluídos de todas as coberturas desta apólice.**

Invalidez Permanente: Médico Responsável ou Assistente: Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão. Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Responsável ou Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Prêmio Líquido: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Prescrição: Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em

razão do transcurso do prazo fixado em lei.

Prestamista:	Segurado que convencionou pagar prestações ao Estipulante ou à pessoa jurídica representada pelo Estipulante, com o objetivo de amortizar dívida contraída ou atender compromisso assumido junto ao mesmo.
Proponente:	Interessado em contratar a cobertura, ou coberturas, e aderir ao contrato.
Proposta de Contratação:	Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
Proposta de Adesão:	Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação do seguro sob a forma coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
Reabilitação do Seguro:	É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.
Regulação de Sinistro:	Processo pelo qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação dos sinistros comunicados pelo Estipulante, pelo Segurado ou pelo Beneficiário, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da apólice, providenciar a indenização devida nos termos da mesma.
Reintegração do Capital Segurado:	É a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após ocorrência de sinistro coberto.
Risco ou Evento Coberto:	Acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como risco excluído, respeitadas as Condições Contratuais.
Riscos Excluídos:	São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
Segurados:	São os proponentes que estão expostos aos riscos previstos nas coberturas contratadas, efetivamente aceitos pela Seguradora e incluídos no seguro, sendo: a) Segurados principais: aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante. b) Segurados dependentes: os cônjuges, desde que não sejam seguráveis como Segurados principais quando incluídos neste seguro. A(o) companheira(o) equipara-se ao cônjuge, desde que haja comprovação de união estável, na forma da legislação em vigor.
Sinistro:	Ocorrência de um risco coberto pela apólice, durante o período de vigência da cobertura individual, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.
Sub-Estipulante:	Pessoa jurídica que participa de apólice coletiva contratada pelo Estipulante, assumindo as mesmas responsabilidades deste e ficando, igualmente, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora. Assim, sempre que na apólice ler-se Estipulante, entenda-se também Sub-Estipulante, quando houver.
Vigência da apólice:	Período durante o qual a apólice contratada está em vigor.
Vigência da	Período durante o qual as coberturas contratadas para cada Segurado aceito durante a

cobertura individual: vigência da apólice estão em vigor, respeitadas as condições das mesmas.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir, nos termos destas Condições Gerais e das demais condições contratuais, até o limite do Capital Segurado estabelecido para cada cobertura contratada, o pagamento de indenização referente ao saldo devedor, total ou parcial, decorrente de operação de crédito ou compromisso assumido pelo Segurado, caso este venha a sofrer sinistro coberto.

CLÁUSULA 3ª - TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDA OU COMPROMISSO

O cliente prestamista, Segurado ou não, que assumir dívida ou compromisso através de transferência de obrigações, deverá atender ao disposto nas condições de ingresso fixadas nas condições da apólice, como qualquer novo proponente.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS COBERTOS

Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas efetivamente contratadas pelo Segurado e ratificadas na Apólice, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados.

CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos do presente seguro quaisquer despesas, prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por, resultantes de, para os quais tenham contribuído ou cujo pedido de indenização abranja:

- 5.1. O uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 5.2. 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 da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando, da ocorrência de evento coberto, o Segurado esteja prestando serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 5.3. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 5.4. Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- 5.5. Acidentes, doenças ou lesões, inclusive as congênitas, pré-existent à contratação deste seguro, não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado na data da assinatura da mesma;
- 5.6. Diálises e hemodiálises;
- 5.7. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- 5.8. A gravidez, o parto ou o aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- 5.9. As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- 5.10. O choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- 5.11. Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;
- 5.12. Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, incluindo gastroplastia redutora;
- 5.13. Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (salvo as cirurgias pós-acidentais restauradoras e as reparadoras de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas

- e as despesas com reparos ou substituição de próteses odontológicas danificadas em consequência de acidente pessoal coberto, desde que contratadas coberturas correspondentes);
- 5.14. A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie, salvo se contratada cobertura correspondente;
 - 5.15. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de risco coberto;
 - 5.16. Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
 - 5.17. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - 5.18. O tratamento de doenças mentais ou psiquiátricas;
 - 5.19. Doação e transplante intervivos;
 - 5.20. Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado são;
 - 5.21. Ato reconhecidamente perigoso que não provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 5.22. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - 5.23. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
 - 5.24. Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
 - 5.25. O suicídio, ou sua tentativa, se ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos do início de vigência da cobertura individual ou da recondução do seguro após suspensão ou ainda nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;
 - 5.26. Epidemias e pandemias, desde que declaradas pelo órgão competente, ou envenenamento de caráter coletivo;
 - 5.27. O dano moral;
 - 5.28. Indenizações punitivas;
 - 5.29. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, por seus beneficiários, pelo representante de um ou de outro ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes;
 - 5.30. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
 - 5.31. Eventos não decorrentes de risco coberto pelas coberturas contratadas.

CLÁUSULA 6ª - CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para cada uma das coberturas contratadas pelos prestamistas segurados será definido na Apólice, podendo ser constante para todo o período de vigência do seguro ou equivalente ao valor do saldo devedor total ou parcial apurado na data de sinistro.
- 6.2. Os valores dos capitais segurados serão sempre expressos em Reais e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por cobertura ou conjunto de coberturas, mesmo que o saldo devedor ou a parcela da dívida ou compromisso seja em outra moeda.
- 6.3. Será considerado como novo seguro qualquer aumento de responsabilidade não previsto inicialmente na dívida ou compromisso assumido pelo prestamista já segurado, ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.
- 6.4. Os capitais máximos de cada prestamista Segurado não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados na Apólice.
- 6.5. Não será devida indenização para qualquer parcela da dívida ou compromisso vencida antes da data do sinistro.

CLÁUSULA 7ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES

7.1. DA ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS

- 7.1.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste contrato, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 7.1.2. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.
- 7.1.3. As contratações com vigência inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.
- 7.1.4. Quando aplicável, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.
- 7.1.5. Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, nos casos de capital segurado não variável de acordo com saldo devedor, os capitais segurados deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

7.2. DA ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

- 7.2.1. Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 7.1.1 destas condições a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:
 - 7.2.1.1. No caso de cancelamento do contrato, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
 - 7.2.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.
- 7.2.2. Caso o pagamento da indenização não seja efetuado conforme disposto no subitem 11.8 da CLÁUSULA 11 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, o valor da mesma será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice estabelecido no item 7.1.1 destas condições. Para efeito deste item, serão consideradas as seguintes datas de exigibilidade:
 - 7.2.2.1. Para as coberturas de indenização por acidentes pessoais, a data do acidente;
 - 7.2.2.2. Para as coberturas cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
 - 7.2.2.3. Para as coberturas de incapacidade temporária ou internação hospitalar decorrentes de doença, a data indicada na declaração do médico assistente;
 - 7.2.2.4. Para as demais coberturas, a data da ocorrência do evento.
- 7.2.3. A atualização de que tratam os itens 7.2.1 e 7.2.2 destas Condições Gerais será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 7.2.4. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo para esse fim, e serão contados a partir do primeiro dia posterior a tal prazo.

7.3. DO RECÁLCULO DOS VALORES

- 7.3.1. Os capitais segurados, quando da contratação do seguro, poderão representar múltiplos de valores pré-definidos (salários, mensalidades escolares ou associativas, etc.) ou saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos Segurados e poderão, também, ser recalculados no mínimo mensalmente e no máximo a cada 12 (doze) meses, desde que o recálculo esteja previsto na proposta de contratação, no contrato, na apólice e no certificado individual.
- 7.3.2. O recálculo dos capitais segurados visa à adequação dos mesmos aos termos acordados com os Estipulantes, Sub-estipulantes e Segurados.
- 7.3.3. Quando os capitais segurados representarem múltiplos de valores pré-definidos, os respectivos prêmios serão simultaneamente recalculados.
- 7.3.4. Quando os capitais segurados representarem saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos segurados, os prêmios poderão ser previamente definidos sem a necessidade de recálculo futuro, baseados no capital segurado médio do período de cobertura, ou ser recalculados na mesma periodicidade dos capitais.

- 7.3.5. Constará no contrato se será aplicado o critério de atualização dos prêmios e dos capitais segurados, conforme o item 7.1, ou o critério de recálculo dos valores, conforme o item 7.3.

CLÁUSULA 8ª – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas deste seguro são extensivas a todo o globo terrestre, com exceção das Coberturas de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI) e Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária (ACIT), quando contratadas, cujo âmbito geográfico está restrito ao território brasileiro.

Este produto foi elaborado para atender aos clientes residentes no Brasil. Caso o Segurado opte por mudar de país durante a vigência da apólice, talvez o produto deixe de ser adequado às suas exigências, em razão das leis e normas obrigatórias existentes naquela jurisdição. Por essa razão, é imprescindível que a Seguradora seja informada acerca de qualquer alteração de residência do Segurado, durante a vigência da apólice, para que a mudança seja eficaz. Neste sentido, após consentimento do Segurado, caso lhe seja interessante, a Seguradora poderá transferir seus dados cadastrais para outra entidade pertencente ao Grupo Zurich para oferecer um produto adequado a nova realidade do Segurado, com o intuito sempre de oferecer-lhe o melhor.

A Seguradora não oferece consultoria fiscal, sendo aconselhável, portanto, que o Segurado busque as orientações fiscais necessárias relativas à mudança de residência. A Seguradora não será responsável por quaisquer consequências fiscais suportadas pelo Estipulante ou Segurado da apólice, em razão da alteração do país de residência.

CLÁUSULA 9ª - CARÊNCIA

- 9.1. **A existência de carência será estabelecida nos textos das coberturas contratadas e o período de carência, se houver, será estabelecido na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice e no Certificado Individual.**
- 9.2. Não haverá carência para eventos resultantes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, cuja carência é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre os aumentos de capitais solicitados após o início de vigência do risco.
- 9.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência, exceto quando houver aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 9.4. **Se suspenso ou excluído da apólice por qualquer motivo e, sendo novamente aceito no seguro mediante preenchimento de proposta de adesão, o Segurado deverá cumprir novo período de carência, salvo expressa menção em contrário na Apólice.**
- 9.5. No caso de transferência do grupo segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.
- 9.6. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.
- 9.7. **O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.**

CLÁUSULA 10 - PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO

- 10.1. **Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, o mesmo deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, seu Representante ou seu Beneficiário, em formulário próprio de Aviso de Sinistro, carta registrada, telegrama, fax, e-mail ou por qualquer outro meio legal, à Seguradora ou ao seu Representante.**
- 10.2. Da comunicação antes referida, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro e outras informações relevantes.
- 10.3. A comunicação na forma das cláusulas anteriores não exonera o Segurado ou seu beneficiário da obrigação de apresentar o Aviso de Sinistro, o mais rápido possível, e entregar à Seguradora todos os demais documentos pertinentes ao sinistro, conforme CLÁUSULA 11 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, destas Condições Gerais.

- 10.4. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

CLÁUSULA 11 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO

- 11.1. O pagamento de qualquer indenização com base neste seguro somente poderá ser efetuado após o Segurado ou o Beneficiário ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do mesmo.
- 11.2. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 11.3. **Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a essa comprovação ou apuração, correrão por conta dos beneficiários ou quem de direito, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 11.4. **As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade da mesma, não sendo devida a devolução de quaisquer destes documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionados ao seguro, poderão ser, mediante solicitação expressa, devolvidos aos beneficiários ou a quem de direito.**
- 11.5. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente à cargo da Seguradora.
- 11.6. Para rápida regulação do sinistro, envolvendo qualquer uma das coberturas contratadas, deverão ser apresentados os documentos básicos especificados nos textos das mesmas, e, se houver, os constantes nas demais condições da apólice, **ficando ressalvado o direito da Seguradora de solicitar quaisquer outros documentos necessários, se existir dúvida fundada e justificável.**
- 11.7. **Além dos documentos mencionados acima, para qualquer cobertura deverão ser apresentados:**
- a) **Cópia autenticada do contrato de financiamento ou de compromisso;**
 - b) **Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso na data do sinistro.**
- 11.8. A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias a partir da entrega de toda documentação exigível para o pagamento da indenização devida. No caso de solicitação de documentação complementar prevista no item anterior, esse prazo será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 11.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 11.9.1. A junta médica acima mencionada será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
 - 11.9.2. 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.
 - 11.9.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

CLÁUSULA 12 - FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 12.1. As indenizações serão pagas sob a forma de parcela única, salvo disposição em contrário nas cláusulas das coberturas contratadas.
- 12.2. O saldo devedor para fins de indenização será trazido a valor presente à data do sinistro, correspondendo ao valor das parcelas cobertas, deduzidos os juros e encargos contratuais, salvo expressa menção em contrário na Apólice.

CLÁUSULA 13 – DECLARAÇÕES / ALTERAÇÕES / COMUNICAÇÕES.

- 13.1. As declarações prestadas pelo Estipulante, pelo Segurado e/ou pelo Corretor de Seguros, na proposta de contratação, na proposta de adesão e nos demais documentos necessários à apreciação do risco proposto à Seguradora, servem de base à aceitação e realização deste seguro.
- 13.2. Os formulários que a Seguradora põe à disposição do Segurado, quer como parte integrante da proposta de adesão, como documentos anexos à mesma ou sob a forma de questionários sobre o estado de saúde, atividades profissionais, ocupacionais, desportivas ou sobre a situação patrimonial e financeira do Segurado, constituem elementos facilitadores das declarações a prestar.
- 13.3. Nenhuma alteração na apólice será válida se não for feita por escrito, com a concordância das partes contratantes.
- 13.4. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

CLÁUSULA 14 – PERDA DE DIREITOS

Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto:

- 14.1. **O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.**
- 14.2. **Se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que pudessem influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, sendo que: Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:**
 - 14.2.1. **Na hipótese de não ocorrência de sinistro:**
 - a) **Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - b) **Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
 - 14.2.2. **Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:**
 - a) **Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
 - b) **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.**
 - 14.2.3. **Na hipótese da 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 do prêmio cabível.**
- 14.3. **O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba e por escrito, qualquer fato suscetível de agravar os riscos cobertos na apólice, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**
 - 14.3.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da 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.
 - 14.3.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 15 – CANCELAMENTO, SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 15.1. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado ou do Estipulante nos prazos estipulados acarretará a suspensão das coberturas deste seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

- 15.2. As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, desde que não superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago.
- 15.3. Decorrido o prazo de 90 dias da data de vencimento, sem que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.
- 15.4. O presente seguro poderá, ainda, ser cancelado ou rescindido:
 - 15.4.1. A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, sendo que para os casos de prêmios pagos em parcela única ou em parcelas antecipadas, a Seguradora restituirá ao Segurado a parte do prêmio líquido recebido proporcional ao tempo não decorrido (na base pró-rata dia), a contar da data do cancelamento.
 - 15.4.2. Pelo descumprimento das obrigações previstas nas condições contratuais e/ou nos termos da CLÁUSULA 14 - PERDA DE DIREITOS.

CLÁUSULA 16 - CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com as demais condições da apólice, este seguro pode ser:

- 16.1. **Não contributivo**, em que os Segurados não pagam os prêmios, devidos exclusivamente pelo Estipulante, ou
- 16.2. **Contributivo**, em que os Segurados pagam prêmios, total ou parcialmente, mediante recolhimento sob a responsabilidade do Estipulante.

CLÁUSULA 17 – CÁLCULO DO PRÊMIO

- 17.1. O valor e a forma de cálculo do prêmio serão definidos na Apólice.
- 17.2. Sem prejuízo do disposto no item 17.1, poderão ser aplicáveis, conforme indicado nas demais condições e na apólice:
 - 17.2.1. Prêmios adicionais para cobertura de eventos previstos nas exclusões mencionadas na CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUIDOS destas Condições Gerais ou nas exclusões das coberturas contratadas, desde que aceitos expressamente pela Seguradora.
 - 17.2.2. Prêmios adicionais por risco agravado, desde que aceito, resultante de, por exemplo, doença ou incapacidade preexistente, ou por existirem fatores de risco presentes que possam condicionar ou agravar o estado de saúde do segurado ou a probabilidade de ocorrência de acidente, tais como os resultantes de hábitos e modos de vida e os de ordem profissional, ocupacional ou desportiva.
- 17.3. Fazem parte do prêmio todos os encargos que incidam sobre o mesmo.
- 17.4. Os prêmios poderão ser recalculados anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado. Não obstante, a Seguradora se reserva o direito de recalculá-los a qualquer tempo, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo segurado ou no resultado da apólice, que possa influir na taxa do seguro.

Caso sejam apresentadas novas condições ao Estipulante, este disporá do prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir de sua recepção, para recusá-las ou renegociá-las, respeitado o disposto no item 13.4.

CLÁUSULA 18 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 18.1. O recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados será realizado pelo Estipulante ou quem este designar para tanto, respeitando-se as seguintes disposições:
 - 18.1.1. O recolhimento dos prêmios devidos pelo Segurado será efetuado automaticamente por meio de faturas, débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou outros documentos de arrecadação que o Estipulante emita contra o Segurado que tenha aderido ao presente seguro.
 - 18.1.2. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, mensalmente, ou em outra periodicidade, mediante acordo entre as partes e conforme contrato.

- 18.1.3. Nos seguros com cobrança do prêmio através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.
- 18.1.4. O recolhimento integral do prêmio deverá continuar para os segurados que entrarem em gozo de algum benefício ou se afastarem de suas atividades profissionais, para garantia dos demais riscos contratados.
- 18.1.5. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do segurado retira do estipulante ou consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, passando o próprio segurado a responder pelo recolhimento do valor dos prêmios sob sua responsabilidade, caso possua interesse na continuidade da cobertura.
- 18.1.6. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo o prêmio devido ser abatido da indenização.
- 18.1.7. O pagamento do seguro deverá ser sempre incluído no pagamento mínimo periódico exigido pelo Estipulante, não sendo passível de inclusão em créditos rotativos e outras formas de financiamento disponibilizadas pelo Estipulante ao Segurado, a menos que expressamente acordadas com o cliente e pagos nos prazos convencionados entre a Seguradora e o Estipulante.
- 18.2. Os prêmios recolhidos na forma acima serão pagos pelo Estipulante à Seguradora, respeitando-se, ainda, as seguintes disposições:
 - 18.2.1. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das coberturas;
 - 18.2.2. Mensalmente, ou nos períodos indicados na apólice, com base nos seguros vigentes e prêmios devidos, a Seguradora encaminhará fatura de cobrança ao Estipulante onde constará o nome do mesmo, o valor do prêmio, a data de emissão do documento de cobrança, o número da apólice/endorso e a data limite para o pagamento;
- 18.3. A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que solicitado.
- 18.4. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

CLÁUSULA 19 - PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos estabelecidos na legislação em vigor, opera-se a prescrição.

CLÁUSULA 20 - PRAZO DE VIGÊNCIA, ACEITAÇÃO E NORMAS DE RENOVAÇÃO

- 20.1. A apólice emitida em nome do Estipulante vigorará pelo prazo indicado na mesma e terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas dos dias indicados para tal fim, sendo renovada automaticamente uma única vez, pelo mesmo prazo, ao fim do período de vigência, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.
Adicionalmente, deverão ser obedecidos os seguintes critérios:
 - 20.1.1. A contratação ou alteração do contrato de seguro só poderá ser feita mediante proposta de contratação preenchida, datada e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou, ainda, mediante expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento.
 - 20.1.2. A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro. Na proposta de adesão deverão ser estabelecidos os valores dos capitais segurados e do prêmio à vista,

- discriminados por cobertura e, quando for o caso, de cada uma das parcelas, o número de parcelas, sua periodicidade e os juros de mora e/ou outros acréscimos legalmente previstos. A Seguradora deverá ter a comprovação da data de protocolo da proposta de adesão de cada proponente.
- 20.1.3. As propostas de contratação e de adesão deverão conter os elementos essenciais à análise do risco, estando a aceitação do seguro sujeita à referida análise.
- 20.1.4. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 20.1.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 20.1.6. Se a seguradora não tiver interesse em renovar a apólice ou o certificado individual, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência.
- 20.1.7. Renovações posteriores à renovação automática deverão ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 20.1.8. A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da proposta de contratação, em caso de seguro novo, renovações não automáticas, endossos ou aditivos, contados da data de seu recebimento.
- 20.1.9. Poderão ser solicitados documentos complementares para análise do risco ou alteração da proposta de contratação, durante o prazo previsto (15 dias), apenas uma vez, caso o proponente do seguro seja pessoa física, ou mais de uma vez, se o proponente for pessoa jurídica e, neste caso, mediante indicação dos fundamentos do pedido de novos elementos. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 20.1.10. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da proposta de contratação, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro.
- 20.1.11. Em caso de aceitação da proposta de contratação sem pagamento de prêmio, observado o prazo máximo de 15 (quinze) dias, considerar-se-á, como início de vigência, a data indicada na proposta de contratação, ou, na falta desta e para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, a data de recebimento da mesma pela Seguradora.
- 20.1.12. Caso a aceitação da proposta de contratação dependa da contratação da cobertura de resseguro facultativo, o prazo previsto no subitem 20.1.8 ficará suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Ainda, dentro daquele prazo, a Seguradora informará, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura. Não haverá cobrança de prêmio, total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta de contratação.
- 20.2. Início de vigência da cobertura individual:**
- 20.2.1. Poderão aderir ao seguro os proponentes do grupo segurável com qualificação e limite de idade indicados na apólice.
- 20.2.2. A cobertura do risco individual começa a vigorar a partir da data de início de vigência da apólice para o grupo segurado já existente naquela data, respeitando-se as condições para adesão estabelecidas nas condições contratuais.
- 20.2.3. Para os novos proponentes e para as alterações de coberturas ou capitais segurados, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão.
- 20.2.4. Após o recebimento da Proposta de Adesão e demais documentos necessários discriminados na mesma, o seguro individual deverá ser aceito ou recusado no máximo em 15 (quinze) dias contados do recebimento da documentação pela Seguradora.
- 20.2.5. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da Proposta de Adesão, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro individual.
- 20.2.6. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme disposto nos itens anteriores, o prazo de 15 (quinze) dias

- previsto no item 20.2.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. A solicitação de documentos complementares de que trata este item poderá ser feita apenas uma vez.
- 20.2.7. Para fins de análise e aceitação de seguro individual, a Seguradora poderá solicitar ao Segurado ou ao Estipulante, informações quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.
- 20.2.8. A partir do recebimento das informações solicitadas no subitem 20.2.6, será retomada a contagem dos 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da Proposta de Adesão, nos termos dos itens 20.2.4 e 20.2.5.
- 20.2.9. Se a venda for via telemarketing, a cobertura será aceita ou recusada no máximo em 15 dias da data da solicitação de adesão ao seguro, sendo obrigatória a assinatura da proposta de adesão para a celebração do seguro.
- 20.2.10. As contratações eletrônicas poderão ser assinadas digitalmente desde que sejam utilizados certificados digitais emitidos no âmbito da Infra-estrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil) e sejam identificadas com a data e hora de envio e recebimento.
- 20.2.11. Caberá à Seguradora, fornecer ao proponente o protocolo que identifique a proposta de adesão recepcionada.
- 20.3. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto neste item aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.
- 20.4. O término de vigência de cada seguro individual não pode exceder a data do término da dívida ou do compromisso e, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:
- No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ou no final do prazo de vigência da cobertura individual, se ocorrer antes do final da apólice e não for renovada na própria apólice;
 - Com o falecimento do Segurado principal;
 - Com o desaparecimento do vínculo com o Estipulante;
 - Quando a Seguradora recusar a manutenção de um segurado após recebimento de informações sobre a agravação do risco, nos termos do item 14.3.1. da CLÁUSULA 14 – PERDA DE DIREITOS;
 - Quando o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice;
 - Quando o Segurado for excluído da apólice por falta de pagamento do prêmio. Caso haja diferença de prêmio a devolver para as situações descritas nas alíneas b), c), d) e e) anteriores, esta será restituída ao Segurado ou beneficiário, conforme o caso, atualizada monetariamente, na base *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 20.5. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora para pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 20.6. É obrigatória a emissão e envio ao Segurado do certificado Individual pela Seguradora no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

CLÁUSULA 21 - BENEFICIÁRIOS

- 21.1. O primeiro beneficiário do seguro será o Estipulante ou a Pessoa Jurídica com legítimo interesse na operação segurada que for designada através de autorização expressa do Estipulante, 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.
- 21.2. Havendo saldo de indenização entre o saldo da dívida ou compromisso assumido pelo Segurado e o capital segurado estabelecido na apólice, no caso de morte do segurado, este será pago da seguinte forma:

- 21.2.1. Os beneficiários deste seguro serão designados livremente pelo Segurado, na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
 - 21.2.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
 - 21.2.3. Não pode ser instituída beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado;
 - 21.2.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei;
 - 21.2.5. Não prevalecendo nenhuma das hipóteses acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência;
 - 21.2.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados;
 - 21.2.7. Se o segurado indicar mais de um beneficiário e um deles vier a falecer antes do segurado, a parte que caberia ao beneficiário pré-morto reverterá em favor do(s) outro(s) beneficiário(s) indicado(s) na mesma proporção indicada pelo segurado para recebimento do capital segurado;
 - 21.2.8. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 21.3. Em caso de falecimento do segurado antes do recebimento de indenização por cobertura em que figure como o próprio beneficiário, o pagamento, quando aplicável, será feito aos Beneficiários indicados na apólice.

CLÁUSULA 22 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 22.1. Além das previstas em outras cláusulas das condições contratuais deste seguro, são obrigações do Estipulante:
- 22.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais dos proponentes, nos prazos acordados.
 - 22.1.2. Manter a Seguradora informada, durante toda a vigência do seguro, a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.
 - 22.1.3. Fornecer, ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - 22.1.4. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida no subitem 18.4. da CLÁUSULA 18 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO, quando a arrecadação deste for de sua responsabilidade.
 - 22.1.5. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.
 - 22.1.6. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - 22.1.7. Informar a razão social da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações entregues ao Segurado e em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao seu, bem como o número do Processo SUSEP deste plano e o nome e percentual de participação no risco de cada Seguradora, no caso de co-seguro.
 - 22.1.8. Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
 - 22.1.9. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
 - 22.1.10. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

- 22.1.11. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- 22.2. Nos seguros contributários, na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar, do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.
- 22.3. Nos seguros contributários, é expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante:
- 22.3.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora.
 - 22.3.2. Rescindir o contrato sem a anuência prévia e expressa de, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.
 - 22.3.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.
 - 22.3.4. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a esses produtos;
- 22.4. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão da cobertura e, na ocorrência de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos prêmios recolhidos junto aos segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais.

CLÁUSULA 23 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda utilizadas por quaisquer das partes deste contrato, deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições deste plano de seguro.

CLÁUSULA 24 - FORO

Fica eleito o Foro do domicílio do Segurado ou beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato de seguro. Na hipótese de inexistir relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto nesta cláusula.

CLÁUSULA 25 – DISPOSIÇÕES FINAIS

- 25.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 25.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (AA)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Beneficiário, caso ocorra a morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

Está coberta a Morte do Segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 4.2. A indenização objeto desta Cobertura é cumulativa, por Segurado, com a cobertura de Morte Acidental e com a Cobertura de Auxílio Funeral, quando contratadas.
- 4.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Ficha de cadastro, se funcionário, ou proposta de adesão ao seguro;
- e) Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- f) Documentos dos Beneficiários:
 - **Todos: comprovante de endereço, número de telefone e código DDD;**
 - **Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;**
 - **Companheira(o): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;**
 - **Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e**
 - **Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.**
- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- j) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIOS

Os beneficiários desta cobertura serão designados livremente pelo Segurado, respeitando-se os termos dos itens 21.2.1 a 21.2.8 das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE AUXÍLIO COMPLEMENTAR POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ACIT)**

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir ao trabalhador Segurado um benefício complementar salarial em relação ao auxílio garantido pela Previdência Social, dentro dos limites estabelecidos no contrato, no caso de afastamento temporário decorrente de acidente ou doença, ocorrido durante a vigência da apólice, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

- 2.1. O risco coberto por esta garantia é o afastamento por doença ou acidente do segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, que gere necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período contínuo e ininterrupto superior ao período de franquia, comprovada nos termos determinados pela Previdência Social.
- 2.2. **Esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados com vínculo empregatício e registro em Carteira de Trabalho.**
- 2.3. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da **CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA

- 4.1. **A franquia será estabelecida na apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.**
- 4.2. **O Segurado somente terá direito à complementação salarial de que trata esta cobertura no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida na apólice, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.**

CLÁUSULA 5ª - CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima mensal a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice, vigente na data do evento.
- 5.2. Em períodos inferiores a 30 (trinta) dias, além da franquia estabelecida na apólice, a indenização será paga de forma proporcional ao número de dias de afastamento.
- 5.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do afastamento do Segurado de suas atividades profissionais, devidamente comprovada.
- 5.4. O período máximo de recebimento deste auxílio será estabelecido na proposta e apólice.

CLÁUSULA 6ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Estão cobertos os eventos ocorridos no Brasil.

CLÁUSULA 7ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
 - b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;
 - c) Carteira de Trabalho, Contrato de Trabalho ou outro documento oficial que comprove o vínculo empregatício do Segurado junto ao Estipulante, quando o vínculo for empregatício;
 - d) Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente ou do afastamento por doença, para fins de verificação;
 - e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - f) Cópias autenticadas do Laudo Médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento de Auxílio-Doença.
- 7.2. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AF)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Beneficiário, caso ocorra a morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

Está coberta a Morte do Segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da **CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 4.2. A indenização objeto desta Cobertura é cumulativa, por Segurado, com a cobertura de Morte Acidental e com a Cobertura de Auxílio Alimentação, quando contratadas.
- 4.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Ficha de cadastro, se funcionário, ou proposta de adesão ao seguro;
- e) Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- f) Documentos dos Beneficiários:
 - **Todos: comprovante de endereço, número de telefone e código DDD;**
 - **Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;**
 - **Companheira(o): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;**
 - **Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e**
 - **Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.**
- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- j) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o responsável pelo pagamento das despesas funerárias cobertas.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (ASF)**

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o reembolso das despesas com o funeral ao Beneficiário, caso ocorra a morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

Está coberta a Morte do Segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

CLÁUSULA 3ª - DESPESAS COBERTAS

Está garantido o reembolso de quaisquer despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, até o limite do capital segurado contratado, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da **CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 5ª - CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 5.2. A indenização objeto desta Cobertura é cumulativa, por Segurado, com a cobertura de Morte Acidental e com a Cobertura de Auxílio Alimentação, quando contratadas.
- 5.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 6ª - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 6.1. **Por opção do Beneficiário, em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura, a Seguradora oferecerá, através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de assistência funeral do Segurado, mediante solicitação à Seguradora ou à empresa prestadora dos serviços por ela indicada.**
- 6.2. No caso da opção pela prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, estes estarão disponíveis 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, também limitados ao capital segurado contratado, estando disponíveis os seguintes itens:
 - a) Caixão/Urna; carro para enterro; carro extra; serviço assistencial; registro de óbito; taxa de sepultamento ou cremação; remoção do corpo; paramentos; aparelho de ozona; mesa de condolências; velas; velório; véu; enfeite floral e coroas. **Os serviços de sepultamento ou cremação devem ser realizados no Brasil.**
 - b) Locação de Jazigo (intermediação, contatos e preparativos) – Nos casos em que a família do falecido não dispuser de local para sepultamento, a Seguradora se encarregará das providências para locação de um jazigo, por um período máximo de 3 (três) anos, a contar da data do falecimento. Esta

cobertura está sujeita às condições e disponibilidades locais. **Os custos de aquisição, locação e manutenção do jazigo são de responsabilidade da família do Segurado e/ou procurador do mesmo.**

- 6.3. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passem a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas na apólice.**
- 6.4. Para que a Seguradora se manifeste expressamente a respeito de outras coberturas previstas nas demais condições do seguro, é indispensável a apresentação, pelo Beneficiário, do aviso de sinistro e demais documentos, conforme previsto na CLÁUSULA 7ª desta cobertura.**

CLÁUSULA 7ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b)** Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c)** Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d)** Ficha de cadastro, se funcionário;
- e)** Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- f)** Notas Fiscais originais comprovando as despesas com o funeral realizadas pelo Beneficiário;
- g)** Documentos dos Beneficiários:
 - Todos: comprovante de endereço, número de telefone e código DDD;
 - Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
 - Companheira(o): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e
 - Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.
- h)** Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- i)** Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j)** Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- k)** Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 8ª - BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o responsável pelo pagamento das despesas funerárias cobertas.

CLÁUSULA 9ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE
(DIH-A)**

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

Hospital	Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.
Hospitalização	É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
Internação Hospitalar	

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLAUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, por motivo de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de franquia contratado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória.
- 3.2. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.
- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 3.4. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. A cobertura de **Diárias de Internação Hospitalar por Acidente** está dividida em cinco Classes:

Classe A – Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-A)

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado decorrentes de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Crime

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado em decorrência de crime contra a sua pessoa.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a internação hospitalar do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Diárias de Internação Hospitalar por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente no Domicílio

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado em decorrência de acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 3.6. Em caso de sinistro coberto por uma das classes de B a E com contratação simultânea da Classe A, haverá a soma dos capitais segurados das duas classes para fins de indenização.
- 3.7. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-A) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de DIH.
- 3.8. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIH-AD).

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 4.1. Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- 4.2. Internações domiciliares (home-care);
- 4.3. Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;
- 4.4. Internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA

A franquia será estabelecida na Apólice e terá prazo mínimo de 2 (duas) diárias e prazo máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura, nestes casos, a partir da 3ª (terceira) ou da 16ª (décima sexta) diárias, respectivamente.

CLÁUSULA 6ª - CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 6.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal que provocou a internação do Segurado.
- 6.3. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 6.4. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
- 7.1.1. Quando a internação superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado.
 - 7.1.2. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Apólice.
 - 7.1.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 7.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.
- 7.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

CLÁUSULA 8ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- c) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- d) Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica;
- e) Cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário.
- i) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório;

CLÁUSULA 9ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA
(DIH-AD)**

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

- Hospital** Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.
- Hospitalização ou Internação Hospitalar** É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente pessoal ou doença coberta.

CLAUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorridos durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória.
- 3.2. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.
- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 3.4. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-A).

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 4.1. Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- 4.2. Internações domiciliares (home-care);
- 4.3. Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;
- 4.4. Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

A carência para Diárias de Internação Hospitalar será estabelecida na apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para internações decorrente de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA

A franquia será estabelecida na Apólice e terá prazo mínimo de 2 (duas) diárias e prazo máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura, nestes casos, a partir da 3ª (terceira) ou da 16ª (décima sexta) diárias, respectivamente, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 7ª - CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 7.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal ou doença que provocou a internação do Segurado.
- 7.3. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 7.4. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 8ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
 - 8.1.1. Quando a internação superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado.
 - 8.1.2. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Apólice.
 - 8.1.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 8.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.
- 8.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

CLÁUSULA 9ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- c) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;

- d) Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica;
- e) Cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário.
- i) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório;

CLÁUSULA 10 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE
(DIT-A)**

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÃO

Para efeito das disposições desta cobertura fica convencionada a seguinte definição:

Incapacidade É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão **Temporária** ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal sofrido pelo Segurado, profissional liberal ou autônomo.

CLAUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de franquia contratado, que provoque o afastamento de suas atividades remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.
- 3.2. Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advinha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.
- 3.3. Pelo mesmo acidente coberto, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 3.4. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de lesão para a qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente coberto, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. A cobertura de **Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente** está dividida em cinco Classes:

Classe A – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A)

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado decorrentes de acidente pessoal coberto.

Classe B – Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Crime

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado em decorrência de crime contra a sua pessoa.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a incapacidade temporária do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente decorrente de Acidente no Domicílio

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado em decorrência de acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 3.6. Em caso de sinistro coberto por uma das classes de B a E com contratação simultânea da Classe A, haverá a soma dos capitais segurados das duas classes para fins de indenização.
- 3.7. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de DIT.
- 3.8. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT-AD).

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro, estão também expressamente excluídas desta cobertura:

- 4.1. Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- 4.2. Entesopatia;
- 4.3. Entorses, distensões, contusões;
- 4.4. Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- 4.5. Fraturas patológicas;
- 4.6. Lesões intra-articulares de joelho;
- 4.7. Lesões que não exijam atendimento médico;
- 4.8. Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- 4.9. Síndromes compressivas nervosas.

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA

- 5.1. A franquia será estabelecida na Apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do acidente coberto.
- 5.2. O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

CLÁUSULA 6ª - CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 6.2. Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada diária de incapacidade coberta.
- 6.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal que provocou a incapacidade temporária do Segurado.
- 6.4. As indenizações objeto desta Condição são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 6.5. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
- 7.1.1. Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.
 - 7.1.2. A critério da Seguradora, e desde que definido na Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.
 - 7.1.3. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Apólice.
 - 7.1.4. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 7.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.
- 7.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

CLÁUSULA 8ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- c) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 9ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA
(DIT-AD)**

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÃO

Para efeito das disposições desta cobertura fica convencionada a seguinte definição:

Incapacidade É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão **Temporária** ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal ou doença do Segurado, profissional liberal ou autônomo.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorridos durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado, que provoque o afastamento de suas atividades remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.
- 3.2. Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advinha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.
- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 3.4. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A).

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 4.1. Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- 4.2. Entesopatia;
- 4.3. Entorses, distensões, contusões;
- 4.4. Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- 4.5. Fraturas patológicas;
- 4.6. Lesões intra-articulares de joelho;
- 4.7. Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- 4.8. Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- 4.9. Síndromes compressivas nervosas.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

A carência para incapacidade temporária por motivo de doença será estabelecida na apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para incapacidade coberta decorrente de acidente pessoal.

CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA

- 6.1. A franquia será estabelecida na Apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.
- 6.2. O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 7ª - CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 7.2. Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada da diária de incapacidade coberta.
- 7.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade temporária do Segurado.
- 7.4. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 7.5. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 8ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
 - 8.1.1. Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.
 - 8.1.2. A critério da Seguradora, e desde que definido na Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.
 - 8.1.3. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Apólice.
 - 8.1.4. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 8.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.
- 8.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

CLÁUSULA 9ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- c) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 10 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE
(DMH)**

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal abrangido pela Classe de Cobertura de DMH contratada e efetuadas pelo Segurado para seu imediato tratamento.

CLAUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

- 2.1. Está coberto o reembolso, limitado ao capital segurado da classe contratada, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica e iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias a partir da data de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do risco individual, incluindo o atendimento por especialistas, exames complementares, internações e cirurgias.
- 2.2. Cabe ao Segurado ou ao seu responsável legal a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 2.3. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.
- 2.4. A cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por acidente está dividida em cinco Classes:

Classe A – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMH)

Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Esta classe não poderá ser contratada simultaneamente com nenhuma das outras classes descritas nesta cobertura.

Classe B – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas decorrente de Crime

Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de crime contra a sua pessoa.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado o atendimento médico-hospitalar e/ou odontológico do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro)

rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas decorrente de Acidente no Domicílio

Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 2.5. Um Acidente Pessoal não poderá ser enquadrado em mais de uma Classe de cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas contratada, prevalecendo, para fins de indenização, em caso de dúvida, o enquadramento do sinistro coberto na Classe que possua o maior capital segurado, se for o caso, sendo que a Classe A de cobertura não poderá ser contratada simultaneamente com as demais.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura as despesas decorrentes:

- a) Da aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- b) Da prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;
- c) Da utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento.
- 4.2. Para fins de reembolso das despesas cobertas será considerado como limite de indenização o capital segurado vigente na data do acidente.
- 4.3. A comprovação das despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação das contas originais das despesas e dos relatórios do médico responsável, sendo o reembolso efetuado até o limite estabelecido na apólice.
- 4.4. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido e atualizadas monetariamente pela Seguradora de acordo com o constante na Apólice e na CLÁUSULA 7ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES das Condições Gerais, quando da liquidação do sinistro.
- 4.5. As indenizações objeto desta Cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 4.6. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- 5.1. Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- 5.2. Relatórios do médico assistente;
- 5.3. Comprovantes originais das despesas;
- 5.4. Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- 5.5. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- 5.6. Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

5.7. Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIOS

O reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas cobertas é devido ao Segurado, salvo expressa menção em contrário na apólice.

CLÁUSULA 7ª - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 7.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.
- 7.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- I – será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
 - II – será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o inciso I desta cláusula;
 - III – se a quantia a que se refere o inciso II desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
 - V – se a quantia a que se refere o inciso II for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele inciso.

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE
(IPA)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Segurado caso venha a sofrer Invalidez Permanente Total ou Parcial, em consequência de acidente pessoal coberto.

CLAUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

- 2.1. Estão cobertas a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física decorrente do tipo de acidente pessoal abrangido pela Classe de Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente discriminada na Apólice e no Certificado Individual, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.
- 2.2. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente está dividida em cinco Classes:

Classe A – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Garante indenização ao Segurado em caso de invalidez decorrente de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Crime

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez em decorrência de crime contra a sua pessoa.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a invalidez total ou parcial do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Acidente no Domicílio

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez por acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 2.3. Em caso de sinistro coberto por uma das classes de B a E com contratação simultânea da Classe A, haverá a soma dos capitais segurados das duas classes para fins de indenização.
- 2.4. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de invalidez.
- 2.5. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 2ª acima, ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização devido pela Seguradora.
- 4.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.
- 4.3. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 4.4. No caso de Invalidez Permanente por acidente pessoal coberto, a Seguradora indenizará o Segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, proporcionalmente ao Capital da Classe contratada para esta cobertura, desde que haja perda, redução ou impotência funcional total ou parcial, de membro ou órgão, e esteja definitivamente terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, observadas as demais condições contratuais.
- 4.4.1. Eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão), já existente antes de acidente coberto, deverá ser declarado na proposta de adesão e será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente coberto.

DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual	DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual
INVALIDEZ TOTAL		PARCIAL DIVERSAS	
Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total da visão de um olho	30
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Perda total do uso de ambas as mãos	100	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100	Mudez incurável	50
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Perda total do uso de ambos os pés	100	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Alienação mental total e incurável	100	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES		PARCIAL MEMBROS INFERIORES	

Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60	Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Anquilose total de um dos ombros	25	Fratura não consolidada da rótula	20
Anquilose total de um dos cotovelos	25	Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos punhos	20	Anquilose total de um dos joelhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25	Anquilose total de um dos tornozelos	20
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Anquilose total de um quadril	20
Perda total do uso da falange distal do polegar	9	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Amputação do primeiro dedo	10
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12	Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo, indenização equivalente a ½ e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-	Encurtamento de um dos membros inferiores	15
		* de 5 (cinco) centímetros ou mais	10
		* de 4 (quatro) centímetros	6
		* de 3 (três) centímetros	-
		* menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

4.4.2. Para todas as classes da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, deverão ser observadas, ainda, as seguintes disposições:

4.4.2.1. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% proporcional à indenização que seria devida pela perda prevista na referida tabela.

4.4.2.2. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão, a ser apurada por perícia médica especializada, na forma do item 11.9 e seus subitens das Condições Gerais.

4.4.2.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital contratado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.

4.5. As indenizações por MORTE e pelas coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, se contratadas, não se acumulam.

- 4.5.1. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida por Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para Morte.
- 4.5.2. Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado, este será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário DECLARAÇÃO CORRESPONDENTE À INVALIDEZ devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, na impossibilidade deste, por seu representante e pelo médico responsável, com a indicação do CRM e das características e grau da invalidez;
- b) Radiografias, relatórios e exames médicos recentes que comprovem a invalidez;
- c) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- g) Comprovante de recebimento de salário ou recolhimento do prêmio, do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- h) Ficha de cadastro, se funcionário.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR
ACIDENTE (IPTA)**

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Segurado caso venha a sofrer Invalidez Permanente Total, em consequência de acidente pessoal coberto.

CLAUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

- 2.1. Estão cobertas a perda ou a impotência funcional definitiva de pelo menos um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos nos eventos de INVALIDEZ TOTAL da tabela abaixo, em virtude de lesão física tipo de acidente pessoal abrangido pela Classe de Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente discriminada na Apólice e no Certificado Individual, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.

INVALIDEZ TOTAL
Perda total da visão de ambos os olhos
Perda total do uso de ambos os membros superiores
Perda total do uso de ambos os membros inferiores
Perda total do uso de ambas as mãos
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
Perda total do uso de ambos os pés
Alienação mental total e incurável

- 2.2. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente está dividida em cinco Classes:

Classe A – Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Garante indenização ao Segurado em caso de invalidez permanente total decorrente de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Invalidez Permanente Total decorrente de Crime

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez permanente total em decorrência de crime contra a sua pessoa.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a invalidez total do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Invalidez Permanente Total por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez permanente total em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Invalidez Permanente Total decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez permanente total em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Invalidez Permanente Total por Acidente decorrente de Acidente no Domicílio

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez permanente total por acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 2.3. Em caso de sinistro coberto por uma das classes de B a E com contratação simultânea da Classe A, haverá a soma dos capitais segurados das duas classes para fins de indenização.
- 2.4. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de invalidez permanente total.
- 2.5. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 2ª acima, ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização por tipo de invalidez decorrente de acidente pessoal devido pela Seguradora.
- 4.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.
- 4.3. Só serão indenizáveis os eventos descritos como INVALIDEZ TOTAL da tabela constante na CLÁUSULA 2ª desta cobertura, que determinam indenizações de 100% do respectivo capital segurado.
- 4.4. As indenizações por MORTE e pelas coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, se contratadas, não se acumulam.
 - 4.4.1. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida por Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para Morte.
 - 4.4.2. Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado, este será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário DECLARAÇÃO CORRESPONDENTE À INVALIDEZ devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, na impossibilidade deste, por seu representante e pelo médico responsável, com a indicação do CRM e das características e grau da invalidez;
- b) Radiografias, relatórios e exames médicos recentes que comprovem a invalidez;
- c) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- g) Comprovante de recebimento de salário ou recolhimento do prêmio, do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- h) Ficha de cadastro, se funcionário.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)**

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s) caso ocorra a morte do Segurado em consequência do tipo de acidente pessoal contratado.

CLÁUSULA 2ª – RISCOS COBERTOS

- 2.1. Está coberta a morte do Segurado decorrente do tipo de acidente pessoal abrangido pela Classe de Cobertura de Morte Acidental discriminada na Apólice e no Certificado Individual, ocorrido durante a vigência da cobertura individual, excetuando-se os riscos excluídos mencionados na CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais e as restrições aplicáveis à Classe contratada.
- 2.2. A cobertura de Morte Acidental está dividida em cinco Classes:

Classe A – Morte Acidental

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto.

Classe B – Morte Acidental decorrente de Crime

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer em decorrência de crime contra a sua pessoa.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a morte do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Morte Acidental em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Morte Acidental decorrente de Acidente no Domicílio

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer por acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 2.3. Em caso de sinistro coberto por uma das classes de B a E com contratação simultânea da Classe A, haverá a soma dos capitais segurados das duas classes para fins de indenização.
- 2.4. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Morte Acidental deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de morte.
- 2.5. **A Cobertura de Morte Acidental, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 2ª acima, ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para cada Classe desta cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização por tipo de Morte decorrente de acidente pessoal coberto devido pela Seguradora.
- 4.2. No caso de Morte por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, a Seguradora pagará ao Beneficiário o capital segurado correspondente, observado o disposto nas condições aplicáveis à Classe da cobertura contratada, descontando a indenização por Invalidez, se realizada, na forma da CLÁUSULA 8ª - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES das Condições Gerais.
- 4.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.
- 4.4. As indenizações por MORTE e pelas coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, se contratadas, não se acumulam.
 - 4.4.1. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida por Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para Morte.
 - 4.4.2. Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado, este será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Ficha de cadastro, se funcionário;
- e) Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- f) Documentos dos Beneficiários:
 - Todos: comprovante de endereço, número de telefone e código DDD;
 - Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
 - Companheira(o): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e
 - Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.
- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

- h)** Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i)** Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- j)** Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)**

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização em caso de Perda de Renda por Desemprego do Segurado profissional com vínculo empregatício.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

Estão cobertos os eventos caracterizados como Perda de Renda Por Desemprego, ocorridos após o período de carência, se houver, considerado o período de franquia contratado e observadas, ainda, as seguintes condições:

- 2.1. A demissão deve ser involuntária e sem justa causa;
- 2.2. O Segurado deve comprovar ter sido empregado registrado, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, nos últimos 12 (doze) meses anteriores à data do sinistro, ininterruptamente pelo mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior ao período máximo estabelecido na Apólice, limitado ao máximo de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos da cobertura:

- 3.1. Segurados que tenham sido demitidos por justa causa ou por solicitação própria, em rescisões negociadas entre o empregado e o empregador, quaisquer que sejam as suas causas;
- 3.2. Segurados que tenham sido demitidos por conta de programas de desligamento voluntário, em demissões incentivadas ou com gratificações, fusões, concordatas, privatizações e/ou encerramento de atividades;
- 3.3. Segurados que tenham sido desligados em demissões em massa, sendo consideradas como tais aquelas nas quais houver desligamento superior a 10% (dez por cento) do quadro de funcionários no mesmo mês;
- 3.4. Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;
- 3.5. Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
- 3.6. Militares que sejam exonerados de suas funções;
- 3.7. Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 4.2. As indenizações previstas por esta Cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice e poderão ser suspensas no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

Esta Cobertura está sujeita a carência de no máximo 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, período durante o qual a Seguradora estará isenta do pagamento de qualquer indenização.

CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA

O Segurado somente terá direito a esta Cobertura após permanecer desempregado por prazo superior à franquia estipulada na Apólice, limitada a 30 (trinta) dias, consecutivos e ininterruptos, a contar da data do sinistro (desemprego), sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 7ª - DOCUMENTOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTRO E PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

- 7.1. Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF, Carteira de Trabalho (folhas de identificação, contrato e rescisão do contrato) e comprovante de endereço;
 - c) Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
 - d) Cópia simples da Comunicação de Dispensa (para o Seguro Desemprego);
- 7.2. Se for estabelecido na Apólice que a indenização será paga obedecendo ao vencimento de parcelas da dívida ou compromisso assumido, estas serão pagas mediante a comprovação de que o Segurado permanece desempregado.

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÃO

Para efeito das disposições desta cláusula fica convencionada a seguinte definição:

Cônjuge: Será considerada como Cônjuge, para fim de inclusão, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como as(os) companheiras(os) que por força de legislação tenha(m) adquirido as prerrogativas de cônjuge(s).

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

Se ratificada na Apólice, esta cláusula tem por objetivo estabelecer a forma de inclusão dos cônjuges dos Segurados principais neste seguro, na forma estabelecida na mesma.

CLÁUSULA 3ª - ADESÃO DE SEGURADOS

- 3.1. A adesão dos cônjuges dos Segurados Principais à apólice poderá ser feita de forma automática ou facultativa, respeitadas as condições de ingresso e limites de idade estabelecidos na Apólice.
- 3.2. Não poderão ser incluídos os cônjuges que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.
- 3.3. **Adesão Automática:**
 - 3.3.1. Através desta forma de adesão, estarão cobertos todos os cônjuges dos Segurados Principais, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão apenas pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
 - 3.3.2. Os proponentes que adquirirem a condição de cônjuge após o início de vigência da apólice ou desta Cláusula passarão a usufruir as coberturas previstas na apólice a partir do instante em que for estabelecida a referida condição.
- 3.4. **Adesão Facultativa:**

Através desta forma de adesão, estarão cobertos os cônjuges dos Segurados Principais que fizerem solicitação expressa de inclusão, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 3.5. A assinatura da proposta de adesão unicamente pelo Segurado Principal ratifica a veracidade das informações prestadas acerca de si e de seu Cônjuge, pelas quais o Segurado Principal assume inteira responsabilidade.
- 3.6. Não podem participar desta Cobertura os cônjuges ou companheiras(os) que façam parte do grupo segurado como componentes principais.

CLÁUSULA 4ª - GARANTIAS

Desde que previstas para o Segurado Principal, poderão ser contratadas para os cônjuges as seguintes coberturas:

- a) Morte Acidental – Classes A, B, C, D e/ou E;
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) – Classes A, B, C, D e/ou E;
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) – Classes A, B, C, D e/ou E;
- d) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMH) – Classes A, B, C, D e/ou E;
- e) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A) – Classes A, B, C, D e/ou E;
- f) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT-AD);
- g) Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-A) – Classes A, B, C, D e/ou E;
- h) Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIH-AD);
- i) Auxílio Funeral (AF);
- j) Assistência Funeral (ASF).

CLÁUSULA 5ª - RISCOS COBERTOS

Estarão cobertos os riscos descritos em cada uma das coberturas contratadas para os cônjuges, constantes na Apólice, respeitados os termos e condições desta Cláusula e das demais condições contratuais.

CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS

São os previstos para cada cobertura contratada para os Cônjuges.

CLÁUSULA 7ª - CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados das coberturas contratadas para os cônjuges serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o respectivo Segurado Principal.

CLÁUSULA 8ª - VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura dos riscos individuais previstos nesta Cláusula começará a vigorar:

- 8.1. Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado principal, para o cônjuge admitido no grupo simultaneamente com o mesmo;
- 8.2. Se o cônjuge for incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão;
- 8.3. Na data da inclusão desta Cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta Cláusula for incluída após o início de vigência da mesma.

CLÁUSULA 9ª - BENEFICIÁRIOS

Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, a indenização é devida:

- 9.1. Por morte: ao Segurado Principal.
- 9.2. Por outras causas e coberturas contratadas para o cônjuge: ao próprio Cônjuge Segurado.

CLÁUSULA 10 - CESSAÇÃO DA COBERTURA DO CÔNJUGE

Esta cobertura de seguro será obrigatoriamente cancelada se:

- 10.1. A apólice for cancelada;
- 10.2. Houver o cancelamento desta Cláusula Suplementar;
- 10.3. Houver o cancelamento do seguro do Segurado principal;
- 10.4. Ocorrer a morte do Segurado principal;
- 10.5. Cessar a condição de dependente;
- 10.6. Houver pedido por escrito do Segurado Principal.

CLÁUSULA 11 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cláusula Suplementar.

SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
CLÁUSULA ESPECIAL DE
DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1. Se ratificada na Apólice, a presente cláusula tem por objetivo estabelecer a distribuição do excedente técnico da mesma, desde que tenham sido pagas todas as faturas do período de apuração e observadas as demais disposições contratuais.
- 1.2. Os períodos de apuração e prazo de distribuição serão especificados na apólice.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

Para efeito da apuração dos resultados técnicos consideram-se:

- 2.1. Como receita:
 - a) Prêmios líquidos de competência correspondentes ao período de vigência decorrido durante o período de apuração do resultado, tomando-se como base as vigências das faturas de seguro efetivamente pagas;
 - b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- 2.2. Como despesa:
 - a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
 - b) As comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
 - c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - d) O valor total dos sinistros ocorridos até o último dia do período de apuração e avisados em qualquer época, inclusive despesas advocatícias e médicas de regulação, ainda não considerados em apurações anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
 - f) As despesas efetivas de administração;
 - g) Outras despesas que sejam previamente acordadas.

CLÁUSULA 3ª - CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO

Esta Cláusula somente será aplicada caso a Estipulante possua o número mínimo médio mensal de 500 (quinhentas) vidas no período correspondente à apuração do resultado.