



ZURICH[®]

PLANO DE SEGURO PRESTAMISTA INDIVIDUAL BILHETE DE SEGUROS CONDIÇÕES GERAIS

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

1.2. 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.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. Este garante o pagamento da indenização ao credor em caso de ocorrência de evento coberto, conforme definido nas coberturas contratadas, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

2.2. Entende-se como credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

3. DEFINIÇÕES

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

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

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

Exluem- e 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 suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

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

Beneficiário: pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro.

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

Capital segurado: Valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pelo bilhete, vigente na data do evento;

Cobertura: garantia de compensação ao Segurado pelos prejuízos decorrentes da efetivação do sinistro previsto no seguro.

Condições contratuais: representam as Condições Gerais e Condições Especiais de um mesmo seguro.

Condições gerais: conjunto das cláusulas do bilhete que tem aplicação geral a todos os seguros de determinado ramo ou modalidade de seguro ou coberturas, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes;

Condições especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais;

Data do Evento: data de ocorrência do evento / risco coberto.

Franquia: Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Garantias: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Início de vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;

Indenização: Valor que a Seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

Nota técnica atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

Período de cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

Prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

Prêmio: preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro;

Riscos excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo plano;

Segurado: pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício ou de terceiros;

Seguradora: Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto;

Sinistro: ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que cause prejuízos ao Segurado;

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Este seguro possui coberturas básicas e adicionais, sendo obrigatória a contratação, pelo menos, de uma das coberturas básicas.

4.2. Nas condições especiais serão apresentadas as disposições de todas as coberturas incluídas no plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Exclusões Gerais:

a) do 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;

b) de 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, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;

c) epidemias e pandemias oficialmente declaradas por órgão competente, incluindo, mas não limitado, a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;

d) O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;

e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.

f) Os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas.

g) Doenças preexistentes: Doenças de conhecimento do Segurado e não declaradas no Bilhete de Seguro.

Constará no Bilhete de Seguro Questionário de Risco e assinatura do Segurado.

5.2. Exclusão para Atos Terroristas;

Não estão cobertos danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1. O âmbito geográfico para as coberturas deste plano de seguro é o território mundial.

7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação do seguro será feita sob a forma de bilhete.

7.2. A contratação de seguros por meio de bilhete poderá ser feita mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo inequívoco, cuja comprovação caberá à seguradora.

Parágrafo único: A SUSEP poderá dispor sobre outras formas de solicitação equiparadas à solicitação verbal do interessado.

7.3. Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

8. VIGÊNCIA

8.1. A vigência das coberturas oferecidas em planos de seguros contratados mediante a emissão de bilhete iniciará sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio, ressalvado o disposto no parágrafo único deste item.

Os Bilhetes de Seguro terão seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.

8.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do seguro.

9. RENOVAÇÃO

9.1. Este seguro não será renovado.

10. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

10.1. Para as coberturas de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

Não serão aplicadas carências ou franquias nestas coberturas.

10.2. Para as coberturas de Desemprego Involuntário, Perda de Renda e Diária por Internação Hospitalar.

Para estas coberturas, o período de franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data do evento. O período de carência, para estas coberturas, será de 30 (trinta) dias.

Em relação a todas as carências:

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

11. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

11.1. Os prêmios deste seguro poderão ser pagos à vista ou em até 12 vezes conforme estabelecido no Bilhete de seguros, porém a última parcela do prêmio não poderá exceder ao término de vigência do seguro.

11.2. 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.

11.3. Em caso de parcelamento do prêmio, não será feita a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento. Está garantido ao segurado, quando houver parcelamento com juros, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

11.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base a tabela de curto prazo (não caberá para seguro pago mensalmente). Para percentuais não previstos na tabela deverá ser aplicado o percentual imediatamente superior.

11.4.1. Tabela de prazo curto

| Relação (%) entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total do Bilhete de seguro | Fração a ser aplicada sobre a vigência original | Relação (%) entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total do Bilhete de seguro | Fração a ser aplicada sobre a vigência original |
|--|---|--|---|
| 13 | 15/365 | 73 | 195/365 |
| 20 | 30/365 | 75 | 210/365 |
| 27 | 45/365 | 78 | 225/365 |
| 30 | 60/365 | 80 | 240/365 |
| 37 | 75/365 | 83 | 255/365 |
| 40 | 90/365 | 85 | 270/365 |
| 46 | 105/365 | 88 | 285/365 |
| 50 | 120/365 | 90 | 300/365 |
| 56 | 135/365 | 93 | 315/365 |
| 60 | 150/365 | 95 | 330/365 |
| 66 | 165/365 | 98 | 345/365 |
| 70 | 180/365 | 100 | 365/365 |

11.5. A sociedade seguradora, obrigatoriamente, informará ao segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

11.6. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do Bilhete de Seguro.

11.7. Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou no caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de curto prazo não resulte em alteração do prazo de vigência, o Bilhete de Seguro será cancelado de pleno direito.

11.8. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago a vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

11.9. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

11.10. Este plano não será alterado por faixa etária do segurado.

12. CAPITAL SEGURADO

12.1. Para este produto terá Capital Segurado fixo conforme abaixo:

12.1.1. Capital Fixo – O valor da cobertura é fixo, discriminado no Bilhete de Seguro;

12.1.1.1. Cláusula de atualização de valores

Os capitais segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário do seguro, pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) ou na hipótese de extinção do índice pactuado será adotado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA / IBGE. O índice o IGP-M aplicado, será o acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.

13. DATA DO EVENTO

13.1. Para efeito de cálculo da indenização, a data do evento quando da liquidação de sinistros estará determinada da seguinte forma:

13.1.1. Para a cobertura de Morte, será considerada a data da morte do segurado;

13.1.2. Para as coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente, será considerada a data do acidente;

13.1.3. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, será considerada a data indicada na declaração médica;

13.1.4. Para as coberturas de Desemprego Involuntário, será a considerada a data da demissão do segurado;

13.1.5. Para a cobertura de Perda de renda, será considerada a data da constatação da Incapacidade.

13.1.6. Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar, será considerada a data da internação.

13.2. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

14. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

14.1. Os capitais segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário do seguro, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA / IBGE ou na hipótese de extinção do índice pactuado será adotado o Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio Vargas (IPC/FGV). O índice o IPCA/IBGE aplicado, será o acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.

14.2. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, o capital segurado deverá ser atualizado, com base no índice de preços pactuado, até a data da ocorrência do evento gerador.

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

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

15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

15.1. O prazo máximo para liquidação do sinistro é de 30 (trinta) dias a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no item 16 – **DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO**, destas Condições Gerais.

15.2. Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação de sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

15.3. O plano só poderá prever a solicitação de outros documentos além daqueles contratualmente previstos para a habilitação ao recebimento da indenização em caso de dúvida fundada e justificável.

15.4. O pagamento da indenização será sob a forma de parcela única.

15.5. Os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

15.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos,

em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

15.7. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

15.8. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

15.9. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no seguro serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

15.10. Os valores das obrigações pecuniárias sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 14.1. desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

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

15.13. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, estabelecer que os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

15.14. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

16. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

16.1. Para todas as Garantias

16.1.1. Documentos Básicos:

- a. Aviso de Sinistro;**
- b. Contrato da dívida;**
- c. Comprovante de Contratação do Seguro;**
- d. Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida na data do sinistro;**
- e. Cópia autenticada do RG e CPF do segurado, comprovante atual de residência do segurado e número do telefone e DDD.**

17. REINTEGRAÇÃO

17.1. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

17.2. Para os demais casos os Capitais Segurados não serão reintegrados.

18. BENEFICIÁRIOS

18.1. O primeiro beneficiário é o próprio credor, 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.

18.1.1. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

18.1.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Se o segurado estiver inadimplente, a sociedade seguradora poderá cancelar automaticamente o seguro, devendo o prazo de vigência da cobertura ser ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

19.2. Os seguros não poderão ser cancelados durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19.3. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes.

19.4. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

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

II - quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 11.4.1.

20. PERDA DE DIREITOS

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

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

20.3. A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

21. REGIME FINANCEIRO

21.1. Este seguro é estruturado em regime financeiro de repartição. Sendo assim, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao beneficiário.

21.2. Quando tecnicamente aplicável, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 1% (um por cento) ao mês. Este limite não se aplica a juros moratórios.

22. FORO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA MORTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros**, podendo ser comercializada somente com a cobertura básica deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros.

3. GARANTIA

3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de **Morte do Segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário conforme item 18.1. das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídas desta cobertura as exclusões constantes presentes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Declaração de únicos Herdeiros;
- c) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada e com anotação do óbito, cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta;
- d) Companheira (o): cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual, autorização para crédito em conta e documento que comprove a união estável na data do evento;
- e) Filhos: cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta;
- f) Pais e outros: cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros**, podendo ser comercializada somente com a cobertura básica deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros.

3. GARANTIA

3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de **Morte Acidental do Segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário conforme item 18.1. das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídas desta cobertura as exclusões constantes presentes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos mencionados no item 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado, se houver;
- d) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- e) Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f) Declaração de únicos Herdeiros;
- g) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada e com anotação do óbito, cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta;
- h) Companheira (o): cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual, autorização para crédito em conta e documento que comprove a união estável na data do evento;
- i) Filhos: cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta;
- j) Pais e outros: cópia autenticada da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência atual e autorização para crédito em conta.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros que não foram revogadas por esta Condição Especial.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR
ACIDENTE (IPA)**

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros.

3. GARANTIA

3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de **perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em decorrência de lesão física, causada por acidente pessoal coberto**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao próprio segurado.

3.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com a tabela:

| TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE | | |
|---|---|----------------------------------|
| INVALIDEZ PERMANENTE | DISCRIMINAÇÃO | % SOBE O CAPITAL SEGURADO |
| TOTAL | Perda total da visão de ambos os olhos | 100% |
| | Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100% |
| | Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100% |
| | Perda total do uso de ambas as mãos | 100% |
| | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100% |
| | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100% |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100% |
| | Alienação mental total e incurável | 100% |
| | Nefrectomia bilateral | 100% |
| PARCIAL DIVERSAS | Perda total da visão de um olho | 30% |
| | Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista | 70% |
| | Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40% |
| | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20% |
| | Mudez incurável | 50% |

| | | |
|---|--|---|
| | Fratura não consolidada do maxilar inferior | 20% |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20% |
| | Imobilidade do segmento tóraco-lombosacro da coluna vertebral | 25% |
| PARCIAL MEMBROS SUPERIORES | Perda total de uso de um dos membros superiores | 70% |
| | Perda total do uso de uma das mãos | 60% |
| | Fratura não consolidada de um dos úmeros | 50% |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares | 30% |
| | Anquilose total de um dos ombros | 25% |
| | Anquilose total de um dos cotovelos | 25% |
| | Anquilose total de um dos punhos | 20% |
| | Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano | 25% |
| | Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano | 18% |
| | Perda total do uso da falange distal do polegar | 9% |
| | Perda total do uso de um dos dedos indicadores | 15% |
| | Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios | 12% |
| | Perda total do uso de um dos dedos anulares | 9% |
| | Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo | |
| | PARCIAL MEMBROS INFERIORES | Perda total do uso de um dos membros inferiores |
| Perda total do uso de um dos pés | | 50% |
| Fratura não consolidada de um fêmur | | 50% |
| Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros | | 25% |
| Fratura não consolidada da rótula | | 20% |
| Fratura não consolidada de um pé | | 20% |
| Anquilose total de um dos joelhos | | 20% |
| Anquilose total de um dos tornozelos | | 20% |
| Anquilose total de um quadril | | 20% |
| Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé | | 25% |
| Amputação do 1º (primeiro) dedo | | 10% |
| Amputação de qualquer outro dedo | | 3% |
| Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo | | |
| Encurtamento de um dos membros inferiores: | | |
| De 5 (cinco) centímetros ou mais | | 15% |
| De 4 (quatro) centímetros | | 10% |
| De 3 (três) centímetros | | 6% |
| Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização | | |
| PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA | | |
| A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela | | |

| | | |
|-----------------|---|-----|
| DIVERSOS | MANDÍBULA | |
| | Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos | |
| | Em grau mínimo | 5% |
| | Em grau médio | 10% |
| | Em grau máximo | 20% |
| | NARIZ | |
| | Amputação total do nariz com perda total do olfato | 25% |
| | Perda total do olfato | 7% |
| | Perda do olfato com alterações gustativas | 10% |
| | APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO | |
| Diplopia | 15% | |
| | LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS | |
| | Unilateral | 7% |
| | Unilateral com fistulas | 15% |
| | Bilateral | 14% |
| | Bilateral com fistulas | 25% |
| | LESÕES DA PÁLPEBRA | |
| | Ectrópio unilateral | 3% |
| | Ectrópio bilateral | 6% |
| | Entrópio unilateral | 7% |
| | Entrópio bilateral | 14% |
| | Má oclusão palpebral unilateral | 3% |
| | Má oclusão palpebral bilateral | 6% |
| | Ptose palpebral unilateral | 5% |
| | Ptose palpebral bilateral | 10% |
| | APARELHO DA FONAÇÃO | |
| | Perda da palavra (mudez incurável) | 50% |
| | Perda de substância (palato mole e duro) | 15% |
| | SISTEMA AUDITIVO | |
| | Amputação total de uma orelha | 8% |
| | Amputação total das duas orelhas | 8% |
| | Perda do Baço | 15% |
| | APARELHO URINÁRIO | |
| | Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias) | 15% |
| | Cistostomia (definitiva) | 30% |
| | Incontinência urinária permanente | 30% |
| | Perda de um rim, com rim remanescente | |
| | com função renal preservada | 30% |
| | Redução da função renal (não dialítica) | 50% |
| | Redução da função renal (dialítica) | 75% |
| | Perda de rim único | 75% |
| | APARELHO GENITAL E REPRODUTOR | |
| | Perda de um testículo | 5% |
| | Perda de dois testículos | 15% |
| | Amputação traumática do pênis | 40% |
| | Perda de um ovário | 5% |
| | Perda de dois ovários | 15% |
| | Perda do útero antes da menopausa | 30% |

| | | |
|--|--|-----|
| | Perda do útero depois da menopausa | 10% |
| | PESCOÇO | |
| | Estenose da faringe com obstáculo a deglutição | 15% |
| | Lesão do esôfago com transtornos da função motora | 15% |
| | Traqueostomia definitiva | 40% |
| | TÓRAX | |
| | APARELHO RESPIRATÓRIO | |
| | Seqüelas pós-traumáticas pleurais | 10% |
| | Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total) | |
| | com função respiratória preservada | 15% |
| | com redução em grau mínimo da função respiratória | 25% |
| | com redução em grau médio da função respiratória | 50% |
| | com insuficiência respiratória | 75% |
| | MAMAS (femininas) | |
| | Mastectomia unilateral | 10% |
| | Mastectomia bilateral | 20% |
| | ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS) | |
| | Gastrectomia subtotal | 20% |
| | Gastrectomia total | 40% |
| | INTESTINO DELGADO | |
| | Ressecção parcial | 20% |
| | Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva | 40% |
| | INTESTINO GROSSO | |
| | Colectomia parcial | 20% |
| | Colectomia total | 40% |
| | Colostomia definitiva | 40% |
| | RETO E ÂNUS | |
| | Incontinência fecal sem prolapso | 30% |
| | Incontinência fecal com prolapso | 50% |
| | Retenção anal | 10% |
| | FÍGADO | |
| | Lobectomia hepática sem alteração funcional | 10% |
| | Lobectomia com insuficiência hepática | 50% |
| | SÍNDROMES NEUROLÓGICAS | |
| | Epilepsia pós-traumática | 20% |
| | Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia) | 20% |
| | Síndrome pós-concussional | 5% |

3.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por

base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

3.4. O segurado terá o seguro cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

3.5. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

3.6. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:

a) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo o decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou ainda por ato de humanidade em auxílio de outrem.

b) de acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.

c) de 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 ferimentos visíveis causados por acidentes;

d) de acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos básicos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos :

a) laudo médico que ateste a invalidez/incapacidade;

b) declaração médica, comprovantes de internações hospitalares e de intervenções cirúrgicas, bem como documentos relativos a exames, quando existentes, de modo a subsidiar a junta médica a ser realizada pela Seguradora;

c) no caso de solicitação da Junta Médica o Segurado deverá remeter juntamente com o Aviso de Sinistro, a cópia dos documentos que comprovam a invalidez/incapacidade;

d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

e) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com Veículo dirigido pelo Segurado;

f) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros.

3. GARANTIA

3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de ***perda total de um membro ou órgão do segurado, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente coberto***, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor ***limitado ao Capital Segurado***, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao Segurado.

3.2. O segurado terá o seguro cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros, não estão garantidos por esta cobertura:

a) Os acidentes ocorridos em consequência:

- de competições em veículos, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;***
- de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;***
- de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto utilização de meios de transportes mais arriscados e prática de esportes, ou quando se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem;***
- de atos ilícitos e contrários à lei;***

b) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;

c) O parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;

d) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

e) O choque anafilático e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;

f) Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;

g) Mutilação voluntária ou premeditada;

h) Perda de dentes e os danos estéticos.

i) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo o decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou ainda por ato de humanidade em auxílio de outrem.

j) de acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.

k) de 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 ferimentos visíveis causados por acidentes;

l) de acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

a) laudo médico que ateste a invalidez/incapacidade total;

b) declaração emitida pelo órgão previdenciário oficial e comprovante de recebimento do benefício correspondente (carta de concessão de aposentadoria por invalidez permanente; carnê de benefício; ou cópia do Diário Oficial comunicando a aposentadoria por invalidez permanente, se o Segurado for funcionário público), no caso do Segurado ser vinculado a órgão previdenciário oficial;

c) declaração médica, comprovantes de internações hospitalares e de intervenções cirúrgicas, bem como documentos relativos a exames, quando existentes, de modo a subsidiar a junta médica a ser realizada pela Seguradora;

d) no caso de solicitação da Junta Médica o Segurado deverá remeter juntamente com o Aviso de Sinistro, a cópia dos documentos que comprovam a invalidez/incapacidade;

e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com Veículo dirigido pelo Segurado;

g) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições presentes na **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros, serão utilizadas as seguintes:

Perda da Existência Independente do Segurado: Ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

3. GARANTIA

3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de **invalidez funcional permanente total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário conforme item 18.1. das Condições Gerais.

3.1.1. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPD, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3.2. **O segurado terá o seguro cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.**

3.3. **A indenização será paga de uma só vez.**

3.4. **Após o pagamento da indenização, o segurado será excluído do Bilhete de Seguro.**

3.5. **A indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Morte não se acumulam. Se, depois de paga indenização por IFPTD coberta, ocorrer a morte do Segurado em consequência da mesma doença, a importância já paga será deduzida do capital segurado por morte.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros, não estão garantidos por esta cobertura:

a) perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e

c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- a) laudo médico que ateste a invalidez/incapacidade;
- b) declaração emitida pelo órgão previdenciário oficial e comprovante de recebimento do benefício correspondente (carta de concessão de aposentadoria por invalidez permanente; carnê de benefício; ou cópia do Diário Oficial comunicando a aposentadoria por invalidez permanente, se o Segurado for funcionário público), no caso do Segurado ser vinculado a órgão previdenciário oficial;
- c) declaração médica, comprovantes de internações hospitalares e de intervenções cirúrgicas, bem como documentos relativos a exames, quando existentes, de modo a subsidiar a junta médica a ser realizada pela Seguradora;
- d) no caso de solicitação da Junta Médica o Segurado deverá remeter juntamente com o Aviso de Sinistro, a cópia dos documentos que comprovam a invalidez/incapacidade;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com Veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO- D

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros.

3. GARANTIA

3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de **Desemprego Involuntário do segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao Segurado.

3.2. Entende-se por Desemprego Involuntário:

3.2.1. O segurado que perder o emprego involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa e permaneça sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

3.2.2. Serão seguráveis as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento, observado as demais condições estabelecidas no Seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- b) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
- c) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- d) estágios e contratos de trabalho temporário em geral; e demissão por justa causa do trabalhador segurado, exceto em caso de reversão de demissão por justa causa pelo Poder Judiciário;
- e) desatendimento das condições mínimas de período de trabalho estabelecido no Contrato, decorrentes da perda do vínculo empregatício;
- f) falência da empresa na qual trabalha o segurado;
- g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- i) transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- j) desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no Contrato; e

k) perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período.

4.2. O seguro será cancelado, caso haja a resolução ou cessão do contrato prévio firmado junto ao credor, ou refinanciamento da dívida junto ao credor.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos básicos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada do comunicado de dispensa;
- b) cópia Autenticada da Carteira Profissional constando as devidas anotações/observações feitas pela Caixa Econômica Federal;
- c) cópia Autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- d) cópia Autenticada do Comprovante de recebimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;
- e) cópia Autenticada do Comprovante de recebimento do Seguro Desemprego da Caixa Econômica Federal

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE RENDA - PR

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros.

3. GARANTIA

3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor em caso de **Perda de Renda por incapacidade física e temporária do segurado**, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor **limitado ao Capital Segurado**, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao Segurado.

3.2. Entende-se por Perda de Renda:

3.2.1. Exclusivamente profissionais liberais ou autônomos regulamentados que possuam comprovação de renda.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);
- b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
- c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
- d) Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Epidemias declaradas por órgão competente;
- h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência do seguro;
- i) O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

- a) Cópia da carteira de identidade e do CPF do segurado**
- b) Cópia autenticada da Guia de Recolhimento do INSS, do RPA, dos últimos três meses anteriores ao mês do evento, ou cópia da última declaração do Imposto de Renda que comprove a atividade autônoma ou liberal;**
- c) Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.**

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR - DIH

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o **Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros**, podendo ser comercializada somente com a cobertura acessória deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições da **CLAUSULA 3ª – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros.

3. GARANTIA

3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor proporcional ao período de ***Internação Hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico do em consequência de doença ou acidente***, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor ***limitado ao Capital Segurado***, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao Segurado.

3.1.1. A indenização está limitada a 180 diárias de internação(ões), consecutivas ou não, decorrentes de um mesmo acidente ou doença.

3.1.2. O valor de cada Diária será estabelecido no Bilhete de Seguros.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões constantes na cláusula 5 – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual, não estão garantidos por esta cobertura:

- a) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.);
- b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
- c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
- d) Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Epidemias declaradas por órgão competente;
- h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência do seguro;
- i) O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas.

5. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Além dos documentos mencionados no subitem 16.1.1 das Condições Gerais, o Segurado deverá apresentar, ainda, os seguintes documentos:

a) declaração hospitalar detalhando tratamento, procedimentos adotados e número de diárias correspondentes ao período de internação, com indicação de horários de entrada (baixa hospitalar) e saída (alta hospitalar);

b) boletim de Ocorrência Policial (se houver);

c) exame de Corpo de Delito (se houver);

d) cópia(s) do(s) exame(s); g) Radiografias (se houver);

e) comprovante de residência do segurado, não havendo comprovante no nome, deverá ser enviada correspondência com assinatura igual ao RG declarando que não possui comprovante de residência em seu nome, informar o endereço completo de residência, colocar local e data e telefone para contato;

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista Individual Bilhete de Seguros que não foram revogadas por esta Condição Especial.