

SEGURO PROTEÇÃO FINANCEIRA ITAÚ SEGUROS

ITAÚ SEGUROS S/A

PROCESSO SUSEP 15414.002879/98-90



Agora você já pode contar com toda a tranquilidade proporcionada pelo seguro **PROTEÇÃO FINANCEIRA ITAÚ SEGUROS**.

Este é um seguro de vida da modalidade '**Prestamista**', totalmente flexível, capaz de atender com qualidade as necessidades específicas e capacidade de investimento de cada empresa.

Com um desenho de plano personalizado, a empresa poderá deixar o benefício aderente ao seu perfil de negócio, combinando as garantias que oferecemos juntamente com os capitais segurados desejados.

Procuramos simplificar a operação em todos os seus estágios, desde a compreensão das condições até a contratação do seguro e a liquidação do sinistro.

Confira a seguir as principais características do seu seguro.

I-CONDIÇÕES CONTRATUAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;
2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;
3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2. APRESENTAÇÃO

O **PROTEÇÃO FINANCEIRA ITAÚ SEGUROS** é um seguro de vida da modalidade Prestamista contributivo ou não, dependendo da escolha do estipulante, com contratação diferenciada, cujas garantias visam cobrir a quitação da totalidade, ou parte, da dívida contraída entre uma pessoa física junto a uma pessoa jurídica desde que incluída no plano de seguro.

Apresentamos a seguir as Condições Contratuais do seguro, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.

Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO:

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em partes assim denominadas:

Condições Contratuais são o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, do contrato e da apólice

Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem obrigações e os direitos do segurado, da seguradora, dos beneficiários e do estipulante.

Condições Especiais são as cláusulas relativas às garantias deste plano de seguro, onde são descritos quais são os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.

Contrato do Seguro é o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

4. GLOSSÁRIO:

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

ACIDENTE PESSOAL: É 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; 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 conseqüentes 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

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 definido acima, por acidente pessoal.

ALIENAÇÃO MENTAL: Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes,

objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

APÓLICE: Documento emitido pela seguradora, formalizando a aceitação da garantia solicitada pelo estipulante.

AUXÍLIO: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

ATO MÉDICO: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

BENEFICIÁRIO: No seguro Proteção Financeira o beneficiário será sempre primeiramente o Estipulante, até o saldo da dívida ou compromisso financeiro.

CAPITAL SEGURADO: É a importância máxima a ser paga ao beneficiário ou segurado, quando for o caso, em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

CARDIOPATIA GRAVE: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do Consenso Nacional de Cardiopatia Grave.

CARTÃO PROPOSTA: É o documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob forma coletiva, manifestando-se pelo conhecimento e aceitação do seguro e suas condições.

CERTIFICADO: É o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COGNIÇÃO: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

CONNECTIVIDADE COM A VIDA: Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

CONSUMPÇÃO: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

DADOS ANTROPOMÉDICOS: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado.

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DEFICIÊNCIA VISUAL: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

DOENÇA CRÔNICA: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico.

DOENÇA PROFISSIONAL: Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

DOLO: É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

DOENÇAS PREEXISTENTES: São as doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

ESTADOS CONEXOS: Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com meio externo.

ESTIPULANTE: É a pessoa jurídica, que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

GARANTIAS: São as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições contratuais.

GRUPO SEGURÁVEL: É o conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, que mantêm característica de responsabilidade de pagamento de dívida ou compromisso financeiro contraído junto a estipulante.

GRUPO SEGURADO: É o conjunto de pessoas do grupo segurável efetivamente aceito no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

HÍGIDO: Saudável

INDENIZAÇÃO: É o valor a ser pago pela seguradora ao beneficiário ou segurado, quando for o caso, quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA: É considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições contratuais e/ou especiais do seguro.

MÉDICO: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do segurado. **Não será aceito como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

PRÊMIO: É o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.

PRESCRIÇÃO: Extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido em Lei. O prazo prescricional para toda e qualquer pretensão do segurado e vice-versa, é de 1(um) ano, contando-se este prazo da ciência do fato gerador da pretensão.

PROGNÓSTICO: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e temo de uma doença.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: É o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas condições contratuais.

QUADRO CLÍNICO: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: Reaparecimento de um doença algum tempo depois de um acontecimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

RELAÇÕES EXISTENCIAIS: Aqueles que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

SEGURADO PRESTAMISTA: É a pessoa que convencionou pagar prestações à pessoa jurídica para arrotizar dívida contraída ou, para atender a compromissos financeiros assumidos.

Para fins do Seguro Proteção Financeira Itaú Seguros, prestamista será sempre uma pessoa física que figure como responsável financeiro e, quando este responsável financeiro for uma pessoa jurídica, consideraremos os sócios da empresa constantes do

Contrato Social vigente no mês do evento, na mesma proporção de sua participação societária desde que este, cumpra as condições de elegibilidade previstas nestas condições.

Quando a participação societária for igual entre os sócios, prevalecerá o sócio mais velho desde que dentro das condições de aceitação do seguro. Caso o mais velho não cumpra com as condições de aceitação, considerar-se-á o 1º sócio subsequente mais velho e assim sucessivamente.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: Seguro no qual onde há a participação do segurado em parte ou, na totalidade, do prêmio de seguro.

SEGURADORA: É a empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

SEQÜELA: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

SINISTRO: É a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência da apólice.

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: Capacidade do segurado se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio.

VIGÊNCIA: É o período pelo qual está contratado o seguro.

5. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir a quitação da totalidade ou parte, da dívida contraída pelo segurado prestamista junto ao estipulante ou aos seus beneficiários, quando for o caso, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos**, desde que, respeitadas as condições contratuais.

6. EVENTOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais que fazem parte integrante e inseparável deste contrato.

7. GARANTIAS

O seguro **Proteção Financeira Itaú Seguros** oferece um total de 6 garantias, divididas em:

7.1 Garantia básica,: Morte

7.2 Garantias adicionais:

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA
- b) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPTD
- c) Doenças Graves - DG
- d) Perda Involuntária de Emprego – PIDE
- e) Incapacidade Total e Temporária – ITT

7.3 Condições para aceitação contratação das garantias:

- a) A garantia básica é de contratação obrigatória;
- b) As garantias adicionais são livremente escolhidas pelo estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da garantia básica;
- c) O conjunto de garantias contratado será concedido para todo o grupo segurado, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada indivíduo;
- d) As garantias de Perda Involuntária de Emprego e Incapacidade Total e Temporária não se somam, para um mesmo segurado. Em caso de sinistro, será concedida somente a garantia que cubra a ocupação que gere a maior parte do rendimento do segurado.

8. EVENTOS EXCLUÍDOS

8.1 Estão expressamente excluídos para todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou particulares do presente seguro, fica entendido e acordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, independentemente de seu propósito, e desde que este**

tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

- d) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- e) epidemias, pandemia, gripe aviária por absorção de substâncias tóxicas, exceto escapamento acidental de gases e vapores de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja em massa a população;
- f) doação e transplantes de órgãos intervivos;
- g) suicídio ou tentativa de suicídio praticado dentro dos 24 meses do início da vigência individual do seguro;
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) quaisquer conseqüências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;
- j) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes ou administradores, pelos beneficiários ou pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- k) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Para a garantia de Morte, a cobertura é válida em todo o globo terrestre.

Para as garantias de Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território nacional, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

Para as coberturas de Perda Involuntária de Emprego e ou Incapacidade Total e Temporária, a cobertura se dará durante as 24 horas do dia desde que, o segurado exerça suas atividades laborativas em território nacional.

10. CARÊNCIA

É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

- a) Morte: na cobertura de acidentes pessoais há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado;
 - b) Invalidez Permanente Total por Acidente: não haverá carência para esta cobertura;
 - c) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença: não haverá carência para esta cobertura;
 - d) Perda Involuntária de Emprego: para esta cobertura haverá carência mínima obrigatória de 30 (trinta) dias a contar da data de adesão ao seguro;
- Incapacidade Total e Temporária: para esta cobertura haverá carência mínima obrigatória de 30 (trinta) dias a contar da data de adesão ao seguro;

11. FRANQUIA

É o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

- a) Perda Involuntária de Emprego: para esta cobertura haverá franquia de, no mínimo, 30 (trinta) dias a contar da data de ocorrência do evento e,
- b) Incapacidade Total e Temporária: para esta cobertura haverá franquia de, no mínimo, 15 (quinze) dias a contar da data de ocorrência do evento.

12. CONTRATAÇÃO

A contratação do seguro é realizada mediante a apresentação obrigatória da Proposta de Contratação, assinada pelo estipulante do seguro.

A proposta de contratação deverá conter os seguintes dados mínimos: nome da seguradora que responde pelo risco e, quando solicitado pelo estipulante, os nomes e percentuais das cosseguradoras, se for o caso; as Condições Particulares específicas do seguro, capital segurado aplicável (critério e fixação), alteração, atualização monetária e respectivo índice adotado quando houver, carência individual ou coletiva quando aplicável, composição das garantias contratadas e, dados pertinentes ao corretor do seguro, ou seja, nome e nº de registro em Susep.

A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija as divergências existentes. Decorrido este prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, devem ser mantidos no seguro os componentes principais afastados

do trabalho desde que, no momento da cotação os mesmos tenham sido devidamente informados à seguradora bem como as causas de seus afastamentos.

São documentos da condição contratual a carta proposta devidamente assinada pelo estipulante, a apólice bem como os seus anexos.

As Condições Contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente (Pessoa Física), seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Contratuais.

A adesão à apólice coletiva será realizada mediante assinatura da proposta de adesão pelo proponente (Pessoa Física).

13. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da proposta de adesão, devidamente assinada pelo proponente (Pessoa Física), seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá à seguradora fornecer ao proponente (Pessoa Física), obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento

O pagamento do prêmio antecipadamente não implica em aceitação automática do risco pela seguradora, entretanto, nesta hipótese, durante o período em que a seguradora analisar o risco vigorará a cobertura provisória com o devido pagamento do prêmio proporcional.

O prazo será suspenso quando a seguradora solicitar informações e ou documentos complementares para a análise do risco, sendo reiniciado no primeiro dia útil após o atendimento da exigência.

A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao estipulante ou ao seu corretor, especificando e justificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

No caso de doença ou de invalidez preexistente, informada na Declaração Pessoal de Saúde constante da Proposta de Adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com

restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.

Os aposentados por outros motivos que não a doença poderão ser incluídos nas apólices que admitam a respectiva cobertura deste grupo, caso os mesmos atendam a todas as demais condições previstas para a aceitação de proponentes, estabelecidas no contrato.

A aceitação do seguro implicará na emissão, por parte da seguradora, de Certificado Individual de Seguro, que será entregue ao estipulante e conterà, no mínimo, a data de início de vigência do seguro e os capitais segurados de cada garantia contratada.

Com a entrega dos Certificados Individuais ao estipulante, a seguradora passa a este a obrigação de entregar os Certificados Individuais aos segurados.

14. VIGÊNCIA DO SEGURO

O início de vigência do seguro **Proteção Financeira Itaú Seguros** será a partir das 24:00 (vinte e quatro) horas do dia da aceitação da proposta de contratação pela Seguradora quando não houver o pagamento do prêmio, ou no caso de haver o pagamento, será a partir das 24:00 (vinte e quatro) horas da data do pagamento, ou em data posterior se solicitado expressamente pelo proponente, podendo ser renovado automaticamente somente uma vez.

O início e término da vigência do risco individual será às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas previstas no Certificado para tal fim.

Para apólices onde a forma de pagamento de prêmio individual for a de “prêmio único” o risco individual iniciará às 24:00 (vinte e quatro) horas da data da concessão da linha de financiamento e terminará coincidente à data da última parcela do compromisso financeiro assumido entre o segurado prestamista e o estipulante.

15. RENOVAÇÃO

A apólice é emitida pelo prazo determinado no contrato e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, **caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.**

No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o Certificado do Seguro, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

Caso haja 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 três quartos do grupo segurado.

Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

16. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

Para o seguro **Proteção Financeira Itaú Seguros** o capital segurado deverá sempre estar diretamente ligado ao valor da dívida contraída pelo segurado prestamista junto ao estipulante não tendo, portanto, este seguro a característica de geração de benefício de seguro de vida.

Para seguros onde o capital segurado seja o correspondente a determinado número de mensalidades, este deverá ser, portanto, previamente fixado em Condições Particulares do seguro.

17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Exceto em casos expressos no contrato do seguro e, única e exclusivamente decorrente da característica do negócio do estipulante, o seguro Proteção Financeira Itaú Seguros não aceita atualizações de capital segurado.

18. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio ao estipulante que deverá repassá-lo à seguradora até a data de vencimento.

O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou em parcelas mensais durante o período de vigência da apólice e a forma de cobrança deste seguro será estabelecida no ato da contratação.

Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante poderá efetuar o pagamento de tal

parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.

Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até o 3º mês posterior ao vencimento do prêmio ou da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

Decorrido o prazo definido no parágrafo anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse do segurado, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Neste caso não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio. Esta regra se aplica quando a forma de pagamento for prêmio único.

19. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

Recálculo:

O prêmio do seguro será recalculado anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A seguradora reserva-se o direito de recalculer e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante, caso venha ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influir na taxa alterando-a em mais de 10% (dez por cento).

Reavaliação:

As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando como base a experiência no período anterior, para manter o

equilíbrio técnico-atuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.

Caso haja alteração das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

20. CANCELAMENTO E NÃO RENOVAÇÃO

A apólice mencionada nestas Condições Contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”.

Neste caso, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

Para seguros de modalidade de cobrança de prêmio mensal, a cobertura do risco individual termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais;
- c) com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento de uma das garantias deste seguro e,
- d) por cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago.

Para seguros de modalidade de cobrança de prêmio individual como “prêmio único”, a cobertura do risco individual termina:

- a) coincidentemente à data da última parcela do compromisso financeiro assumido entre segurado prestamista e estipulante.

Se o estipulante deixar de repassar à seguradora as mensalidades pagas pelos segurados e mesmo que os segurados possuam comprovantes destes pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez que caracteriza

inadimplência, ficando o estipulante sujeito às cominações legais. Neste caso, a seguradora fica autorizada a emitir faturas individuais em nome dos segurados.

A não renovação da apólice se dará quando expirar o prazo de sua validade ou, antes disso, o cancelamento se houver o consentimento de $\frac{3}{4}$ do grupo segurado ou ainda, por inadimplência de 3 parcelas do seguro, consecutivas ou não.

Para fins a que se refere o parágrafo acima, define-se como prazo de validade o período de tempo compreendido entre a data de emissão da apólice e seu vencimento.

21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

21.1 Comunicação:

Ocorrendo sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus beneficiários.

Os formulários de aviso de sinistro estão disponíveis no site www.unibancoaig.com.br. Eles devem ser preenchidos, assinados e enviados, junto com toda a documentação básica necessária, para a Itaú Seguros, através dos seguintes canais:

- a) Filiais, Escritórios e PAC da Itaú Seguros.
- b) Agências dos Correios para o seguinte endereço:

Itaú Seguros - Departamento de Sinistro Vida & AP
Av. Eusébio Matoso, 891 - 12º andar
Pinheiros São Paulo - SP
CEP 05423-901

21.2 Documentação necessária (Segurado e Beneficiário, quando houver):

Veja abaixo a lista da documentação básica necessária (entregues na forma de cópia autenticada em cartório público):

- a) Segurado: Cópia autenticada da carteira de Identidade (RG) ou outro documento de identificação e CPF;
- b) Beneficiário: Cópia autenticada da carteira de Identidade (RG) ou outro documento de identificação e CPF; Certidão de Casamento ou Certidão de Nascimento (caso de filhos).

21.3 Documentação necessária conforme a natureza do sinistro

21.3.1 Em caso de Morte do Segurado:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
- Certidão de óbito;

- Relatório médico (formulário original fornecido pela seguradora) com laudo médico definitivo;
- Documentos do segurado e do beneficiário, se houver;
- Cópia do contrato da operação financeira entre pessoa física e estipulante.

Se houver beneficiários filhos, conforme previsto nos Itens 20.2 e 20.3.1, devemos observar o que se segue:

- a) Para filhos com idade inferior a 16 (dezesseis) anos – Será devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o segurado será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- b) Para filhos com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos – Será devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro assistirá. Na falta de ambos, o segurado será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

21.3.2 Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
- Documentos do segurado;
- Certidão do Boletim de Ocorrência emitido pela autoridade policial (se houver);
- Tratando-se de Acidente de Trabalho, deverá ser apresentada cópia do formulário encaminhado ao INSS;
- Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT) à Previdência Social, em caso de acidente;

21.3.3 Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- documentos do segurado;

Através do formulário Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico do segurado e pelo segurado, onde deverá constar a Declaração Médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, que será coincidente à data do sinistro.

Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido na cláusula específica de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

Ao Aviso de Sinistro deverá ser anexado o relatório do médico do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada. Deverá constar o detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

Deverá o segurado também encaminhar à seguradora os documentos médicos que tenham embasado diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível.

O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e legitimação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença correm por conta do Segurado, com exceção dos exames solicitados pela Seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.

As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

21.3.4 Em caso de Doenças Graves:

- documentos do segurado;
- relatório do médico (formulário original fornecido pela seguradora) com laudo médico definitivo estabelecendo o percentual de comprometimento funcional determinado pelas seqüelas permanentes;
- radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados e sejam necessários para que se ateste o quadro clínico comprovante da doença grave coberta;
- diagnóstico clínico neurológico atestado por 2 especialistas quando a doença assim exigir.

21.3.5 Em caso de Perda Involuntária de Emprego – PIDE:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
- Documentos do segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão Contratual;
- Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) – página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado;
- Cópia do Formulário de Dispensa do M.T.E – CD

Para se ter direito à cobertura de Perda Involuntária de Emprego – PIDE, é obrigatório que o empregado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

21.3.6 Em caso de Incapacidade Total e Temporária – ITT

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado e pelo médico assistente, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- Documentos do segurado;

- Certidão do Boletim de Ocorrência emitido pela autoridade policial (se houver);
- Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.
- Cópia da Guia de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços)
- Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social)

Para os segurados profissionais liberais, a condição de incapacidade temporária deverá ser comprovada através de perícia realizada por médico integrante da Rede Credenciada da Seguradora.

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nas condições contratuais. **No caso de solicitação de documentos e ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.**

Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito a aplicação de juros de mora de 1% ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 dias fixado para pagamento da indenização.

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

- a) No caso da garantia básica de Morte, tomar-se-á como data do sinistro a data do óbito.
- b) Nas garantias adicionais de Invalidez Permanente Total por Acidente, considerar-se-á como data do sinistro a data do acidente.
- c) Na garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, tomar-se-á como data do sinistro a data da caracterização da invalidez permanente, indicada na declaração médica.
- d) Na garantia de Perda Involuntária de Emprego, tomar-se-á como data do sinistro a data do rompimento do vínculo empregatício.

- e) Na garantia de Incapacidade Total e Temporária, tomar-se-á como data do sinistro a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária.
- f) Na garantia de Doenças Graves, tomar-se-á como data do sinistro a data do diagnóstico da doença conforme discriminado na cláusula 6ª das Condições Especiais deste seguro.

23. JUNTA MÉDICA

Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, será proposto pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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.

A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências, do caráter da invalidez, entre o médico do segurado e o médico perito da seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

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

24. PERÍCIA DA SEGURADORA

No caso de incapacidade, o segurado, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

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

25. PERDA DE DIREITOS

O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- b) agravar intencionalmente o risco segurado;
- c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propositos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e ou seu representante legal, procurar obter benefícios do presente contrato;
- d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro, com indenização parcial: 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 mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível; efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

- e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;

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

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

Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

f) o sinistro decorrer de culpa grave ou dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

26. DO PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

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 contrato.

As atualizações serão efetuadas com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora definirá índice substituto dentre os possíveis.

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

27. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

São Obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) 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;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

28. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

28.1 Beneficiários em Caso de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

No seguro Proteção Financeira Itaú Seguros o beneficiário será primeiramente sempre o estipulante até o saldo devedor da dívida ou compromisso financeiro.

Quando for designada na contratação do seguro, a modalidade de capital que permita mais de um beneficiário, a indicação de beneficiários é de livre escolha do Segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do Estipulante.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado à cada um.

Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

Em caso de contratação das garantias suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge e Inclusão Automática de Filhos, o beneficiário será sempre o segurado principal.

A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei, conforme estabelecido no Artigo 792 do Código Civil.

Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

28.2 Beneficiários em Caso de Perda Involuntária de Emprego e Incapacidade Total e Temporária

Nas garantias de Perda Involuntária de Emprego e Incapacidade Total e Temporária, o beneficiário será sempre o estipulante até o limite contratual estabelecido nas condições contratuais da apólice.

29. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

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 segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado desde que, a cobrança de prêmio individual esteja expressa na modalidade mensal

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

30. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

31. COMUNICAÇÕES

As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice.

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

32. OUVIDORIA

A seguradora dispõe de um canal diferenciado de comunicação direta denominado OUVIDORIA. A Ouvidoria Itaú Seguros funciona como um mediador entre o cliente e a seguradora. Seu objetivo principal é a defesa dos direitos do cliente perante a seguradora de forma imparcial e justa e, ainda informar e esclarecer o cliente sobre seus direitos e



obrigações de acordo com o contrato e normas atinentes à matéria, prevenindo e evitando conflitos e demandas.

Podem dirigir suas reclamações e/ou pedidos à Ouvidoria Itaú Seguros todos os clientes (segurados, participantes e seus beneficiários) que não concordem com a decisão adotada pela Itaú Seguros e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Itaú Seguros, e desde que tenham esgotado outros canais de acesso disponíveis (área responsável, SAC e Fale Seguradora) e não tenham recorrido à esfera judicial.

As reclamações e pedidos à Ouvidoria devem ser efetuadas por escrito, contendo no mínimo o nome do segurado/participante ou beneficiário; o nº do CPF/CNPJ, o ramo do seguro e/ou o nome do produto/plano; número da apólice/proposta de inscrição; nº do sinistro (se houver), telefone e e-mail para contato.

As reclamações deverão ser endereçadas à:

Itaú Seguros
Ouvidoria
Caixa Postal 110426
São Paulo – SP
CEP.: 05422-970

ou pelo site www.itauseguros.com.br

33. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do segurado para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item anterior.

I – CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA 1ª - GARANTIA DE MORTE

1. O QUE ESTÁ COBERTO

É a garantia da quitação do pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, aos (s) beneficiário (s) do seguro, no caso de morte do segurado (independente da causa), ocorrido durante a vigência da apólice, observadas as Condições Gerais e Especiais do Seguro.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Eventos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, estão excluídos desta garantia.

3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará:

- a) Com o cancelamento da apólice;**
- b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
- c) Quando o componente solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;**
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante;**
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.**

CLÁUSULA 2ª - GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Garante ao Estipulante o pagamento da indenização limitado ao capital máximo, podendo o segurado participar com uma ou mais cotas desde que, não ultrapasse o limite máximo de indenização prevista nas Condições Particulares, caso o segurado este venha a sofrer acidente coberto que caracterize a redução ou impotência definitiva, total, de um membro ou órgão.

Para efeito desta cobertura, considerar-se-á como Invalidez Permanente Total aquela que se comprove através de laudo médico devidamente habilitado à sua especialização, e/ou por Declaração de Invalidez da Previdência Social onde, ao acidente ocorrido já tenham sido esgotados todos os tipos de tratamentos e recursos terapêuticos disponíveis à época.

Para efeitos desta cobertura considerar-se-á como Invalidez Permanente Total os acidentes que resultem em 100% (cem por cento) da:

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

Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, devem ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.

A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências do diagnóstico e o caráter da invalidez entre o médico assistente do Segurado e o médico perito da Seguradora

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além de todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Eventos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, também estão excluídos desta garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia, e suas conseqüências, mesmo quando provocada por acidente;
- b) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;
- c) suicídio ou a tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso;
- d) o choque anafilático e suas conseqüências;
- e) epidemias, gripe aviária, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja em massa a população;
- f) intercorrências e complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- g) doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- h) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.

Estão ainda expressamente excluídos da cobertura desta Garantia adicional, os acidentes ocorridos em conseqüência de:

- a) participação do Segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional salvo em prestação de serviço militar;
- b) competições ilegais em veículos automotores;
- c) quaisquer alterações mentais, direta ou indiretamente conseqüentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- d) lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero;

3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará:

- a) Com o cancelamento da apólice;
- b) Com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
- c) Quando o componente solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante;
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.

CLÁUSULA 3ª - GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de invalidez funcional permanente total por doença garante ao segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do capital segurado para a cobertura básica de Morte em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente.

Para fins desta garantia, considera-se perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásticas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em plano de tratamento direcionados à cura e ou controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual, decorrente de doença:
 - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º ou,
 - ocorrências simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (conforme modelo abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

| Atributos | Escala | Pontos |
|--------------------------------------|--|---------------|
| Relações do segurado com o cotidiano | 1º Grau O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação, Deambula livremente; Sai à rua sozinho e sem auxílio; Esta capacitado a dirigir veículos automotores; Mantém suas atividades da vida civil, preservando pensamento, a memória e o juízo de valor. | 00 |
| | 2º Grau O segurado apresenta desorientação; Necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; Possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição. | 10 |
| | 3º Grau O segurado apresenta-se retido ao lar; Tem perda na mobilidade ou na fala; Não realiza atividades do cotidiano; Possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental. | 20 |

| | | |
|--|--|----|
| Condições Clínicas e Estruturais do Segurado | 1º Grau O segurado apresenta-se hígido; Capaz de livre movimentação; Não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais. | 00 |
| | 2º Grau O segurado apresenta disfunção (ões) e ou insuficiência (s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição. | 10 |
| | 3º Grau O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico. | 20 |
| Conectividade do segurado com a vida | 1º Grau O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos. | 00 |
| | 2º Grau O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; Entrar e sair do chuveiro; Para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter as necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres) | 10 |
| | 3º Grau O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias | 20 |

O 1º Grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Para a classificação no 2º ou 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valora cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

| Dados Antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos | Pontuação |
|---|-----------|
| A idade do segurado interfere na análise da morbididade do caso e ou há IMC (Índice de Massa Corporal) superior a 40 | 02 |
| Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso | 02 |
| Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade | 04 |
| Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica | 04 |
| Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica | 08 |

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Não estando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de prêmios.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens n.º 08 – Eventos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, também estão excluídos desta garantia, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) 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 ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) as doenças cuja a evolução natural tenha sido agravada por traumatismos;

3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará:

- f) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que se tenham acidentado no decurso de sua vigência e que venham a ficar permanentemente inválidos, como consequência direta do acidente, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia Adicional;**
- g) Com o término do vínculo entre o segurado titular e o Estipulante;**
- h) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;**
- i) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,**
- j) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.**

CLÁUSULA 4ª - GARANTIA DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO – PIDE

1. O QUE ESTÁ COBERTO

A presente cobertura tem o objetivo indenizar a totalidade ou, parte correspondente da dívida do segurado junto ao Estipulante, quando for o tipo de contratação, caso o segurado venha perder involuntariamente o vínculo empregatício que possuía.

Para ter direito a esta cobertura é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador, comprovando ainda o devido registro em carteira de trabalho (profissionais liberais estão excluídos desta cobertura).

É necessário ainda, para se ter direito a esta cobertura, a ocorrência de:

- a) demissão involuntária;
- b) o preenchimento da Carteira de Trabalho;
- c) o requerimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço com baixa no Contrato de Trabalho.

A prova do desemprego é a cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.

Para se ter direito a um novo benefício de Perda Involuntária de Emprego é necessário que se comprove, pelo menos, 12 (doze) meses consecutivos de trabalho entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro decorrente de perda involuntária de emprego.

Para esta cobertura haverá uma carência de, no mínimo 30 (trinta) dias, a contar da data de inclusão do segurado na apólice onde, qualquer evento não estará coberto.

Para esta cobertura haverá uma franquia de, no mínimo 30 (trinta) dias, a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde, o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além do riscos mencionados nos itens n.º 08 – Eventos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, também estão excluídos desta garantia:

- a) Aposentadorias;
- b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- c) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício;

- d) **Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;**
- e) **Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;**
- f) **Demissão por justa causa do trabalhador segurado;**
- g) **Atos ilícitos, guerra, revolução, motim ou perturbações de ordem pública;**
- h) **Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês.**

3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará:

- a) **com o cancelamento da apólice;**
- b) **com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;**
- c) **quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio;**
- d) **no último dia do mês de vigência do seguro que seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do estipulante e,**
- e) **quando for indenizado o capital segurado previsto para esta garantia.**

CLÁUSULA 5ª - GARANTIA DE INCAPACIDADE TOTAL E TEMPORÁRIA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de Incapacidade Total e Temporária é a cobertura que substitui a garantia de Perda Involuntária de Emprego e validar-se-á somente aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.

A presente cobertura tem o objetivo indenizar a totalidade ou, parte correspondente da dívida do segurado junto ao Estipulante, quando for o tipo de contratação, caso o segurado – profissional liberal ou autônomo – venha a sofrer acidente coberto ou doença que o torne total e temporariamente incapaz de exercer suas atividades laborativas, respeitados os períodos de carência e de franquia.

Para se ter direito a esta cobertura, é necessário que se comprove no mínimo, 12 (doze) meses contínuos de trabalho autônomo ou liberal entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro decorrente de incapacidade.

Para esta cobertura haverá uma carência de, no mínimo 30 (trinta) dias, a contar da data de inclusão do segurado na apólice onde, qualquer evento não estará coberto. **Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, não será estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de adesão.**

Para esta cobertura haverá uma franquia de, no mínimo 15 (quinze) dias, a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde, o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens n.º 08 – Eventos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, também estão excluídos desta garantia:

- a) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração da apólice, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- b) Hospitalização para Check-up;
- c) Gravidez e suas conseqüências;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- f) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;

- g) Cometer suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso;**
- h) Atos ilícitos, guerra, revolução, motim ou perturbações de ordem pública;**
- i) 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;**
- j) Epidemia, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza ou outras calamidades que atinjam em massa a população;**
- k) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- l) Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;**
- m) Distúrbios ou doenças psiquiátricas bem como quaisquer eventos ou consequência deles decorrentes.**

3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;**
- b) com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;**
- c) quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio;**
- d) no último dia do mês de vigência do seguro que seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do estipulante e,**
- e) quando for indenizado o capital segurado previsto para esta garantia.**

CLÁUSULA 6ª - GARANTIA DE DOENÇAS GRAVES

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Garante ao (s) beneficiário (s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, no caso do diagnóstico de alguma das doenças abaixo relacionadas, ocorrido durante a vigência da apólice e em data posterior ao início de vigência da apólice.

Câncer Metastático: é a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano e o aparecimento das mesmas em outros locais do organismo diferente do sítio primário.

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): é o advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história clínica de dor típica no peito, mudanças eletro-cardiográficas compatíveis com IAM e elevação de enzimas específicas e a morte propriamente dita do músculo cardíaco, comprovada através de exames Ecocardiográficos.

Acidente Vascular Cerebral – Derrame (AVC): é o distúrbio vascular cerebral que produz seqüelas neurológicas, caracterizadas como definitivas, após 6 (seis) meses da data de ocorrência do mesmo. O acidente vascular cerebral deve ter sido identificado através da avaliação clínica-neurológica e exames de imagem.

Falência do Rim (Insuficiência Renal Crônica): é a doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, estando o Segurado se submetendo a diálise peritoneal ou a hemodiálises regulares.

Transplante de Órgão Vital: é a recepção de transplante de coração, fígado, pâncreas ou medula óssea. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente por no mínimo dois especialistas, reconhecidos pela Seguradora.

Perda de 80% ou mais de visão bilateralmente

Mal de Alzheimer: é a doença caracterizada pelo quadro de demência (problema de memória, perda de habilidades motoras como vestir-se, cozinhar, dirigir carro, lidar com dinheiro, problemas de comportamento, confusão mental, agressividade e não reconhecimento dos próprios familiares).

Esclerose Múltipla: é a doença neurológica cujo diagnóstico esteja comprovado através de exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

Doença de Parkinson: é a doença neurológica cujo diagnóstico esteja comprovado através de exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Eventos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, estão excluídos desta garantia.

3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará:

- a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que se tenham acidentado no decurso de sua vigência e que venham a ficar permanentemente inválidos, como consequência direta do acidente, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia Adicional;**
- b) Com o término do vínculo entre o segurado titular e o Estipulante;**
- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;**
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,**
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.**

ANEXO II – CLÁUSULA DE PARTICIPAÇÃO DE RESULTADOS

A presente cláusula estabelece as condições de distribuição dos resultados da apólice.

CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

A distribuição dos Resultados da Apólice deve ser realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

Caso o Estipulante venha a solicitar o cancelamento da apólice fora do seu aniversário, haverá o cancelamento desta cláusula

APURAÇÃO DO RESULTADO

A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término de vigência anual da apólice, até a data da distribuição do resultado, com base na FAJ-TR ou outro índice que venha a substituí-lo, destinando-se ao Estipulante o percentual negociado de resultado apurado.

Para fins de apuração de resultado técnico considera-se como:

a) Receita:

- Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos, já líquidos de IOF;
- Saldo da Reserva de IBNR do período anterior;
- Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- As recuperações de sinistros junto ao Ressegurador;

b) Despesa:

- As comissões de corretagem pagas durante o período;
- As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- As comissões de agenciamento durante o período;
- Sinistros Avisados no período;
- Saldos Negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- As despesas efetivas de Administração da Seguradora;
- Saldo da Reserva de IBNR do período;
- Prêmios repassados ao ressegurador, incluindo Catástrofe;
- Total das alterações dos valores de sinistro já considerados em apurações anteriores;
- Pis/Cofins

A Reserva de Contingência de IBNR será utilizada para o pagamento de eventuais sinistros ocorridos durante o período de vigência da apólice, mas avisados após o mesmo.

Como Saldo da Reserva de IBNR do Período Anterior entende-se o valor retido a este título, no período anterior ao da atual apuração.

Após decorridos 12 (doze) meses do cancelamento da apólice, será devolvido o saldo, correspondente ao percentual negociado de excedente técnico, da Reserva de IBNR (se



existir) descontados os eventuais sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e avisados após o cancelamento.

CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

O resultado apurado será distribuído conforme especificado nas Condições Particulares da apólice.