



CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

ALFA PRESTAMISTA BILHETE

CAPITAL VINCULADO

Processo Susep nº 15414.900449/2014-99

Sumário

OUVIDORIA.....	3
DISPOSIÇÕES GERAIS	5
LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	6
1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)	7
2. OBJETIVO DO SEGURO	15
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	15
4. RISCOS COBERTOS.....	15
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	16
6. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO	18
7. CAPITAL SEGURADO	18
8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO.....	19
9. PRAZO DE VIGÊNCIA	19
10. RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	20
11. PROVA DO SEGURO.....	20
12. CANCELAMENTO DO BILHETE E TÉRMINO DA COBERTURA.....	20
13. CUSTEIO DO SEGURO.....	20
14. FRANQUIA.....	21
15. CARÊNCIA.....	21
16. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	21
17. PAGAMENTO DO PRÊMIO	22
18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	25
19. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	26
20. JUNTA MÉDICA.....	29
21. INFORMAÇÃO DE OUTROS SEGUROS (CONCORRÊNCIA DE APÓLICES).....	30
22. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	31
23. PRESCRIÇÃO.....	32
24. FORO CONTRATUAL.....	32
CONDIÇÕES ESPECIAIS	33
COBERTURA DE MORTE.....	33
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	36
COBERTURA DE PERDA DE RENDA	40

OUVIDORIA

É um canal independente de comunicação, criado para auxiliar os clientes na solução de eventuais divergências sobre o contrato de seguro, podendo ser usado depois de esgotados os canais regulares de atendimento, tais como SAC (Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos na divergência em questão.

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

As empresas Alfa Seguradora S.A. – CNPJ 02.713.529/0001-88 – Código SUSEP 0646-7 e Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02 – Código SUSEP 0289-5 instituíram a figura do Ouvidor com os seguintes objetivos:

- Receber os recursos dos clientes;
- Informar sobre o encaminhamento e andamento dado à sua solicitação;
- Apreciar e resolver os eventuais conflitos de interesse que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada, protegendo seus direitos e garantindo a equidade de suas relações com nossas empresas;
- Conhecer as opiniões, os anseios, insatisfações e elogios dos clientes.

QUEM PODE RECORRER?

Os segurados, beneficiários, terceiros, corretores em nome de clientes, estipulantes e representantes legais que discordem de decisões tomadas pelas nossas empresas em questões derivadas dos respectivos contratos de seguros, ou que já tenham decorrido 30 (trinta) dias do pedido formulado.

Para maior agilidade do processo o pedido de análise, com a documentação respectiva, poderá ser enviado pelo corretor de seguros ao Ouvidor.

O QUE PROCEDE?

1º) Os canais regulares de atendimento (SAC – Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos, devem ter analisado o pedido antes de o recurso ser apresentado à Ouvidoria.

2º) Somente serão analisados os casos cujas reclamações não tenham sido objeto de ação judicial ou tenham recorrido aos órgãos de proteção e defesa do consumidor.

COMO RECORRER?

O recurso é gratuito, deve ser formulado por escrito e encaminhado a:

OUVIDORIA – Alfa Seguros

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar - CEP: 01418-000 - São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

Após acusar o recebimento dos recursos, o Ouvidor analisará cada caso tendo o prazo de até 15 (quinze) dias para sua resolução.

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

As decisões do Ouvidor serão acatadas pela Seguradora obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

Permanecendo inalterado o direito do cliente de recorrer ao judiciário, a qualquer momento, ou caso não aceite a decisão do Ouvidor, obedecidos aos prazos prescricionais legais em vigor.

QUEM É O OUVIDOR?

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas.

Conhecimento: Profundo domínio das questões sobre seguros e referencial para o mercado.

Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas.

Moral: A reputação é credencial de equilíbrio, justiça e ética.

QUAL A FUNÇÃO DO OUVIDOR?

Proteger os direitos dos Segurados e demais clientes, zelando pela equidade de suas relações com as empresas.

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/Ouvidoria>

DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Segurado, descritas no Bilhete de Seguro.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

A aceitação da proposta de contratação e de adesão estão sujeitas a análise do risco.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br> por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a ALFA Previdência e Vida S/A a faculdade de não renovar a Bilhete de Seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

Neste seguro, não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de Processo SUSEP constante na Bilhete de Seguro.

RECOMENDAMOS A LEITURA ATENTA DESTA CONDIÇÃO GERAL E CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO.

Outras informações através do SAC 0800-774-2532 | Ouvidoria 0800-774-2352 – e-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br. Para uso exclusivo de deficientes auditivos: SAC 0800-770-5244 | Ouvidoria: 0800-770-5140.

LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

O CLIENTE reconhece que ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela ALFA SEGUROS para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo Econômico, bem como, para o fim único da execução do contrato do seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos auxiliam no cumprimento do contrato de seguro e respectivas prestações de serviços inerentes ao contrato e plano firmado entre as partes (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, Call Center, corretora, estipulante etc).

Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela ALFA SEGUROS, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados etc.

O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais deverá entrar em contato com a ALFA SEGUROS, por meio do e-mail: atendimento@alfaseg.com.br

A ALFA SEGUROS garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integridade a política de proteção de dados da ALFA SEGUROS, por favor, acesse:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/LGPD>

1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)

Para efeito das disposições destas Condições Gerais ficam convencionadas as seguintes definições:

▲ ACIDENTE PESSOAL: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que se inclui nesse conceito o suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

a. Incluem-se nesse conceito:

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

b. Excluem-se desse conceito de “acidente pessoal”:

- I. **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente pessoal, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- II. **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- III. **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- IV. **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.**

- ▲ **ACEITAÇÃO DO RISCO:** Ato de aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida pelo segurado ou pelo intermediário de seguros para a contratação do seguro.
- ▲ **AGRAVAMENTO DO RISCO:** Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo segurado.
- ▲ **ÂMBITO GEOGRÁFICO:** Local para a abrangência da cobertura do Bilhete de Seguro.
- ▲ **AVISO DE SINISTRO:** Documento por meio do qual o segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do segurado.
- ▲ **BENEFICIÁRIO:** Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.
- ▲ **BOA-FÉ:** Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos amparados.
- ▲ **BILHETE DE SEGURO:** É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente ao seguro, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica (Resolução CNSP N°413 de 2021).
- ▲ **CAPITAL SEGURO:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.
- ▲ **CAPITAL SEGURO VINCULADO:** Modalidade em que o capital segurado integral é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- ▲ **CARÊNCIA:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- ▲ **CLIENTE:** o proponente, o segurado, o garantido, o tomador, o beneficiário, o assistido, o titular ou subscritor de título de capitalização ou o participante de plano de previdência complementar aberta.

▲ **COBERTURA:** Compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

▲ **COMISSÃO:** É a percentagem sobre os prêmios recebidos com que as Seguradoras remuneram o trabalho de intermediários de seguro.

▲ **CONDIÇÃO PREEXISTENTE:** É a condição de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares e odontológicos ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

▲ **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes, das condições gerais, das condições especiais e do bilhete de seguro.

▲ **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

▲ **CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos do ente supervisionado, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

▲ **CÔNJUGE:** É a(o) esposa(o) do segurado (a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

▲ **CORRETOR DE SEGUROS:** Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O intermediário de seguros responderá civilmente perante os estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, bem como, é responsável por dar ciência ao estipulante/Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela Seguradora.

▲ **CREDOR:** Aquele a quem o Segurado deve pagar prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

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

- ▲ **DEVEDOR:** aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- ▲ **DOCUMENTOS CONTRATUAIS:** apólices, bilhetes e certificados individuais de seguro, títulos de capitalização, certificados de participante, contratos coletivos e endossos.
- ▲ **DOENÇA OU DEFICIÊNCIA PREEXISTENTE:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento e não foram declaradas na proposta de contratação/proposta de adesão na data da contratação de seguro.
- ▲ **DOLO:** Ato consciente por meio 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.
- ▲ **ENTE SUPERVISIONADO:** a sociedade seguradora ou a entidade aberta de previdência complementar.
- ▲ **EVENTO COBERTO:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.
- ▲ **FORO:** Refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.
- ▲ **FRANQUIA:** Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- ▲ **FRAUDE:** Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.
- ▲ **INDENIZAÇÃO:** Valor que a sociedade seguradora deve pagar a o segurado ou seu(s) beneficiário(s) em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.
- ▲ **ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES:** É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores.
- ▲ **INÍCIO DE VIGÊNCIA:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

- ▲ **INTERMEDIÁRIO:** o responsável pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, de capitalização e/ou de previdência complementar aberta, tais como o Intermediário, o representante de seguros, o correspondente de microsseguros, o distribuidor de título de capitalização, entre outros executores das atividades enumeradas nesta definição.
- ▲ **LAUDO MÉDICO:** Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- ▲ **MÁ-FÉ:** Agir, propositadamente, de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito.
- ▲ **MÉDICO:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- ▲ **OBJETIVO DO SEGURO:** É a designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantia.
- ▲ **OBRIGAÇÃO:** Dívida ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
- ▲ **OMISSÃO:** No seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.
- ▲ **PERÍODO DE VIGÊNCIA:** É o período de validade devidamente discriminado no Bilhete de Seguro.
- ▲ **PRÊMIO:** Importância paga pelo segurado a seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.
- ▲ **PRESCRIÇÃO:** Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.
- ▲ **PRO RATA TEMPORIS:** Método para cálculo de prêmio de seguro com prazo inferior a um ano, efetuado com base no total de dias de vigência do mesmo.
- ▲ **PROPONENTE:** O interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

▲ **REPRESENTANTE DE SEGURO:** pessoa jurídica que assume a obrigação de promover em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da sociedade seguradora, podendo assumir o papel de credor do Seguro Prestamista.

▲ **RISCOS EXCLUÍDOS:** Os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

▲ **SEGURADO:** É o proponente do seguro, e devedor perante obrigação contratada, que efetivamente foi aceito e incluído no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

▲ **SEGURADORA:** ENTE SUPERVISIONADO, sendo a ALFA Previdência e Vida S.A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

▲ **SINISTRO:** É a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do Bilhete de Seguro.

▲ **SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS:** É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

▲ **TABELA DE PRAZO CURTO:** São níveis percentuais estabelecidos neste seguro, para devolução de prêmios de seguro pagos a ente supervisionada, ou para determinar o prazo de vigência do seguro, no caso de não pagamento de uma das parcelas do prêmio.

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

▲ **VÍNCULO:** É a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

A SEGUIR DESCRIVEMOS AS DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS PARTICULARES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS:

▲ **AGRAVO MÓRBIDO:** evolução com piora de uma doença.

▲ **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, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.

- ▲ **APARELHO LOCOMOTOR:** conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.
- ▲ **ATIVIDADE LABORATIVA:** qualquer atividade ou trabalho principal por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- ▲ **AUXÍLIO:** ajuda por meio 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. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.
- ▲ **CARDIOPATIA GRAVE:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- ▲ **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 ANTROPOMÉTRICOS:** conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.
- ▲ **DEAMBULAR:** ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.
- ▲ **DEFICIÊNCIA VISUAL:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.
- ▲ **DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

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

▲ **DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE:** doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).

▲ **DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO:** doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem do tratamento.

▲ **DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

▲ **DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anatomopatológico para sua classificação definitiva.

▲ **DOENÇA PROFISSIONAL:** aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

▲ **ESTADOS CONEXOS:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

▲ **ETIOLOGIA:** causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

▲ **FATORES DE RISCO E MORBIDADE:** fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

▲ **HÍGIDO:** saudável.

▲ **PROGNÓSTICO:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

- ▲ **QUADRO CLÍNICO:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.
- ▲ **RECIDIVA:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- ▲ **REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- ▲ **RELAÇÕES EXISTENCIAIS:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- ▲ **SENTIDO DE ORIENTAÇÃO:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- ▲ **SEQUELA:** qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- ▲ **TRANSFERÊNCIA CORPORAL:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir aos Segurados o pagamento de uma indenização para amortizar ou custear, total ou parcialmente, compromisso assumido, caso venha ocorrer um sinistro coberto durante sua vigência e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas, conforme estas Condições Gerais, Condições Especiais e Bilhete de Seguro, **exceto se decorrente dos riscos excluídos.**

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, **exceto se houver disposição em contrário definido nas Condições Especiais de cada cobertura.**

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se as coberturas passíveis de contratação para este seguro as abaixo mencionadas, respeitados os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais de cada cobertura.

- ▲ Morte
- ▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- ▲ Perda de Renda

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS APRESENTADOS NO ITEM 1 – DEFINIÇÕES GERAIS E DAS INFORMAÇÕES DESCRITAS NA DEFINIÇÃO DE CADA GARANTIA, ESTÃO EXCLUÍDOS DE TODAS AS GARANTIAS DESTE SEGURO, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

a) USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOSÕES NUCLEARES PROVOCADAS OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

b) ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA CIVIL, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DECLARADAS OU NÃO, INVASÃO, HOSTILIDADE, INSURREIÇÃO DE PODER MILITAR OU USURPADO, GUERRILHA, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS DE TERRORISMO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETUANDO-SE OS CASOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

c) DOENÇAS E ACIDENTES PESSOAIS PREEXISTENTES, ASSIM ENTENDIDO: ESTADOS MÓRBIDOS E DOENÇAS CONTRAÍDAS ANTERIORMENTE À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO DECLARADAS NO ATO DA CONTRATAÇÃO, BEM COMO OS ACIDENTES PESSOAIS SOFRIDOS PELO SEGURADO ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;

d) SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA, OU DA RECONDUÇÃO DO CONTRATO, QUANDO SUSPENSO, CONTADOS: - DO INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL DO SEGURO; OU - DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO FEITA EXCLUSIVAMENTE PELO SEGURADO /ESTIPULANTE. NESTA HIPÓTESE A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;

e) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO cliente BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, OU AINDA PELOS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES DO ESTIPULANTE;

- f) TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- g) EPIDEMIAS, PANDEMIAS, EXCETO A MORTE DECORRENTE DE COVID19 E SUAS VARIANTES, ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO ASSIM DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;**
- h) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES, DE CARÁTER COLETIVO OU QUALQUER OUTRA CAUSA FÍSICA QUE ATINJA MACIÇAMENTE A POPULAÇÃO;**
- i) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA E A PRÁTICA, POR PARTE DO SEGURADO, DE ATOS ILÍCITOS 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;**
- j) EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;**
- k) PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA OU RELACIONADOS A ATO TERRORISTA, CABENDO A ENTE SUPERVISIONADA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, NÃO OBSTANTE O QUE EM CONTRÁRIO POSSAM DISPOR AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO PRESENTE SEGURO;**
- l) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DE REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- m) ACIDENTES PESSOAIS SOFRIDOS ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, AINDA QUE SUAS CONSEQUÊNCIAS SURJAM DURANTE A SUA VIGÊNCIA;**
- n) TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS RELATIVOS À OBESIDADE MÓRBIDA INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA, DOENÇAS CONGÊNITAS, ESTERILIZAÇÃO,**

FERTILIZAÇÃO E MUDANÇA DE SEXO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, MESMO QUANDO PROVOCADO POR ACIDENTE PESSOAL;

o) CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, ACIDENTES MÉDICOS E SIMILARES E EPILEPSIA, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA COBERTO;

p) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS;

q) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.

6. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

6.1. A contratação de seguros será realizada através da adesão ao Bilhete de Seguro, sendo que a manifestação poderá ser feita mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo inequívoco.

6.2. A contratação deste seguro é destinada a pessoas físicas que tenham contraído dívida ou compromisso junto à um credor.

6.3. Não é permitida a contratação deste seguro para menores de 18 (dezoito) anos.

6.4. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado aos Segurados o seu cancelamento a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da dívida, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

6.5. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado deste plano será da modalidade de Capital Segurado Vinculado e igual ao estado mensal da dívida ou compromisso, correspondendo ao valor do saldo devedor na data do evento, conforme determinado no Bilhete de Seguro, sendo que o valor máximo de indenização não poderá ultrapassar o capital inicial do seguro no ato da contratação.

7.2. O critério de apuração do capital segurado é o de saldo devedor, portanto, este plano de seguro não prevê saldo remanescente pago aos beneficiários legais. O capital segurado é variável e paga somente ao credor o saldo remanescente da dívida apurada na data do evento.

7.3. Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

7.4. Em caso de alterações ou repactuação de prazo no contrato original com o Credor, este seguro deve ser cancelado e realizado novo seguro para atender a nova condição contratual. Este plano de seguro não prevê aditivos e alterações contratuais durante sua vigência.

7.5. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

8.1. Haverá cláusula específica nas condições especiais de cada cobertura contratada, definindo se o capital segurado poderá ser reintegrado após pagamento de indenização.

8.2. A reintegração poderá ser facultativa, mediante eventual cobrança de prêmio adicional, ou automática, caso haja esta opção descrita nas condições contratuais do seguro.

9. PRAZO DE VIGÊNCIA

9.1. O prazo do seguro é estipulado no Bilhete de Seguro com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo que este prazo de vigência do seguro será vinculado ao prazo de vigência da dívida do Segurado.

9.2. O início de vigência individual de cada segurado, adquirente de um Bilhete de Seguro, será sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio.

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

10. RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1. Este seguro não prevê renovação, uma vez que seu prazo de vigência será vinculado ao prazo da dívida do Segurado, portanto, caso este refinance sua dívida, deverá providenciar nova contratação.

11. PROVA DO SEGURO

11.1. Para cada Segurado incluído no seguro, será emitido um Bilhete de Seguro que será entregue ao segurado, no ato da contratação, contendo todos os elementos mínimos exigidos nos termos da legislação específica.

12. CANCELAMENTO DO BILHETE E TÉRMINO DA COBERTURA

12.1. O Bilhete de Seguro poderá ser cancelado e as coberturas contratadas pelo Segurado cessam:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes;
 - a.1) a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
- b) Ao fim do prazo de vigência do Bilhete de Seguro;
- c) Quando ocorrer o falecimento do Segurado;
- d) Quando o contrato ou compromisso for quitado ou repactuado;
- e) Quando houver falta de pagamento da(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) do seguro;
- f) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;
- g) Quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.

12.2. O Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado durante seu período de vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

13. CUSTEIO DO SEGURO

13.1. O custeio deste seguro será 100% Contributário, ou seja, quando o próprio Segurado paga os prêmios do seguro.

14. FRANQUIA

14.1. A franquia, caso seja aplicável, estará devidamente especificada nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

15. CARÊNCIA

15.1. É o período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou cobertura contratada ou do aumento do capital segurado por solicitação do Estipulante/Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

15.2. O período de carência, caso seja aplicável, estará devidamente especificado nas condições contratuais e nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

15.3. Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da vigência inicial do Contrato ou do risco individual, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

15.4. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não se aplica período de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponder a dois anos ininterruptos.

16. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

16.1. Em se tratando de um seguro destinado a assumir uma obrigação do Segurado perante um terceiro, **considera-se como primeiro beneficiário a empresa detentora da dívida ou do compromisso assumido pelos Segurados.**

16.2. A diferença que ultrapassar o saldo do compromisso poderá ser paga a um segundo beneficiário designado pelo Segurado, desde que assim seja convencionado no Contrato.

16.3. É livre a indicação de beneficiários, por parte do Segurado, desde que tal indicação não colida com os preceitos legais.

16.4. Em conformidade com o Artigo 793 do Código Civil Brasileiro "É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato".

16.5. Quando houver mais de um beneficiário, deverá ser definido, no momento da nomeação dos mesmos, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

16.6. O Segurado, e somente ele, poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Seguradora, não tendo validade quaisquer alterações que não se procedam desta forma.

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

16.8. Na falta de beneficiário nomeado ou na inexistência de cláusula beneficiária que conste do Contrato, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

16.9. A sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

- a) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime de comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares;
- b) Aos ascendentes, em concorrência com o cônjuge;
- c) Ao cônjuge sobrevivente;
- d) Aos colaterais.

16.10. Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência. Fora desses casos, será beneficiária a União, na forma da legislação em vigor.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. A cobrança do prêmio poderá ser efetuada por meio de documento emitido pela ALFA Previdência e Vida S/A.

17.1.1. A ALFA Previdência e Vida S/A encaminhará o documento a que se refere o **subitem 18.1** desta Cláusula diretamente ao Segurado ou seu representante legal ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 7 (sete) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

17.1.2. O pagamento do Prêmio será realizado à vista no momento da contratação ou de forma mensal, trimestral ou semestral o que não caracterizará fracionamento do pagamento de prêmio do seguro.

17.2. O pagamento do Prêmio será feito à Seguradora ou ao Representante de Seguros, desde que conferido e autorizado pela Seguradora, por meio da rede bancária, débito em conta corrente, cartão de débito ou de crédito ou, ainda, consignação em folha ou, outras

formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Segurado e a Seguradora no momento da contratação.

17.3. Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

17.4. Qualquer que seja a forma de pagamento do Prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

17.5. A confirmação de quitação do primeiro pagamento enviada pela Seguradora com a utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação do Bilhete de seguro.

17.6. No caso de se constatar o não pagamento do prêmio pelo Segurado, as Coberturas contratadas serão automaticamente suspensas e a Seguradora providenciará aviso ao Segurado alertando sobre a inadimplência, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, contados da data de vencimento do prêmio não pago. Se ocorrer um sinistro durante o período de suspensão das Coberturas contratadas, o Segurado e/ou Beneficiários ficarão sem direito a receber indenização.

17.7. A reabilitação do Bilhete de Seguro ocorrerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora nesta hipótese, pelos sinistros ocorridos a partir desta data, observados os termos, limites e condições deste seguro.

17.8. Caso o Segurado não regularize o pagamento do prêmio em atraso no prazo de 30 (trinta) dias a contar de seu vencimento, o Seguro será automaticamente cancelado.

17.9. Na contratação por meios remotos, o contratante poderá desistir do contrato no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da formalização do seguro com o pagamento do prêmio, mediante requerimento físico entregue junto à Seguradora, ou ainda por meios remotos.

17.9.1. A Seguradora disponibilizará os meios remotos que possibilitem ao contratante efetuar a comunicação formal, com o fornecimento de protocolo.

17.9.2. Se o Segurado exercer o direito de arrendimento previsto nesta cláusula, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o caput, serão devolvidos de imediato, respeitado o meio de pagamento utilizado pelo cliente, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.

17.10. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

17.11. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio for realizado à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

17.12. Caso o pagamento do prêmio seja feito fora dos prazos estipulados no bilhete, qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o mesmo foi efetuado.

17.13. Quando a forma de pagamento do prêmio for à vista, o não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos seguros contributários, até a data de vencimento estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático do bilhete a partir do dia subsequente ao início do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

17.14. Para os seguros com a forma de pagamento do prêmio fracionado, as parcelas do período de cobertura já decorrido, que estejam vencidas e não pagas serão acrescidas de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, desde a data em que são devidas até a data de seu efetivo pagamento.

17.15. A eventual aceitação, por parte da Seguradora, de quaisquer pagamentos de prêmios, depois de vencidos, não constituirá tolerância ou novação das condições ora pactuadas.

17.16. É garantido ao Segurado a antecipação do pagamento de qualquer uma das parcelas de prêmio fracionado, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, devendo, para tanto, contatar previamente a Seguradora.

17.17. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas de prêmio fracionado subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DO BILHETE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DO BILHETE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365

60	150/365
66	165/365
70	180/365

95	330/365
98	345/365
100	365/365

17.18. Para percentuais não previstos na tabela acima, serão aplicados os percentuais imediatamente superiores.

17.19. A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos acima.

17.20. Uma vez restabelecido o pagamento das parcelas ajustadas do prêmio fracionado, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura acima referido, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do bilhete.

17.21. Findo o novo prazo de vigência da cobertura nos termos da tabela acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do seguro.

17.22. Entretanto, no caso de vencimento antecipado ao período de cobertura, o não pagamento do prêmio por parte do Segurado até a data estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático do bilhete a partir do primeiro dia do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

17.23. Fica vedada a cobrança, ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

18.1. Ocorrido um evento previsto no Bilhete de Seguro contratado, a ALFA Previdência e Vida S/A deverá ser comunicada imediatamente e de forma expressa, através da Central de Atendimento da Alfa no telefone 3004-2532 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-202-2532 (demais localidades) que informará e orientará sobre a os documentos obrigatórios para avaliação do sinistro.

18.2. As indenizações, se devidas, serão pagas em parcela única no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento.

18.2.1. A documentação necessária para abertura do sinistro está relacionada na Cláusula 19 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro, e deverá ser acrescida dos documentos específicos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

18.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a ALFA Previdência e Vida S/A poderá solicitar ao(s) beneficiários(s) ou segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 19 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro e seus subitens,

inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 26.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela ALFA Previdência e Vida S/A destes documentos e informações ou esclarecimentos.

18.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 18.2 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 18.4 e 18.5 desta Cláusula, aplicados a partir da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º dia posterior ao término do prazo previsto no subitem 18.2.

18.4. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir da data de sua exigibilidade até a data do efetivo pagamento.

18.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento. No caso de extinção do índice ora pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

18.6. O pagamento será feito no Brasil e em moeda nacional.

18.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e/ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela ALFA Previdência e Vida S/A.

19. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. Os documentos básicos, necessários para a liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à ALFA Previdência e Vida S/A, são os abaixo indicados, acrescidos daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que em caso de cópias, estas deverão ser autenticadas.

19.1.1. **Formulário Aviso de Sinistro:** documento fornecido pela ALFA Previdência e Vida S/A, devidamente preenchido em todos os seus campos.

19.1.2. **Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas:** documento fornecido pela Seguradora que deverá ser preenchido por todos os beneficiários individualmente.

19.1.3. **Documentos do Segurado:**

- a)** Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil), ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b)** Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento) do segurado principal;
 - I. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado

reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

19.1.4. Documentos do(s) Beneficiário(s) Pessoa Jurídica:

- a)** Cópia do Estatuto Social da Estipulante;
- b)** Cópia do cartão de CNPJ da Estipulante;
- c)** Comprovante de endereço atual (até 60 dias do vencimento) em nome da Estipulante.

19.1.5. Documentos do(s) Beneficiário(s) Pessoa Física

19.1.5.1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação:

a) Se maior de 16 (dezesseis) anos, inclusive:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Certidão de Casamento atualizada;
- Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

b) Se menor de 16 (dezesseis) anos:

- Cópia da Certidão de Nascimento do menor;
- Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal;
- Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

19.1.5.2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação e inexistindo cláusula beneficiária que conste do Contrato:

a) Cônjuge:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Certidão de Casamento atualizada;
- Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

b) Companheiro(a):

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);

- Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);
 - i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

b.1) Se Segurado solteiro:

- Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.2) Segurado viúvo:

- Certidão de Casamento do Segurado;
- Certidão de Óbito do cônjuge;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.3) Segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

c) Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Comprovante de endereço nominal ou declaração de residência;
- Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do Segurado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e

reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

d) Filhos menores de 16 (dezesesseis) anos:

- Cópia da Certidão de Nascimento do menor;
- Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal;
- Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelo responsável legal do(s) menor(es) e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração);
- Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

e) Pais:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Comprovante nominal ou declaração de residência;
- Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos pais do Segurado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração).

19.1.5.3. Nas situações em que o Segurado não indicar seus beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do processo de Inventário dos bens deixados pelo Segurado.

19.1.6. Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

20. JUNTA MÉDICA

20.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente no Bilhete de Seguro, será proposto pela ALFA Previdência e Vida S/A, por meio de correspondência escrita ao segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela ALFA Previdência e Vida S/A, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

20.1.1. O prazo de constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

20.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela ALFA Previdência e Vida S/A.

21. INFORMAÇÃO DE OUTROS SEGUROS (CONCORRÊNCIA DE APÓLICES)

21.1. 19.1. Este seguro, em função do seu objetivo e coberturas prevê em suas condições a cláusula concorrência de seguros para o mesmo compromisso, portanto o Segurado que, não informar quando da contratação, ou que tenha pleiteado para mais de uma seguradora a indenização sobre os mesmos riscos e fins, e não informado a todas as Sociedades Seguradoras e/ou operadoras perderá o direito à indenização.

21.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por Coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos em seguros distintos, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I – será calculada a indenização individual de cada Cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado, limite máximo de indenização da Cobertura e cláusulas de rateio;

II – será calculada a “indenização individual ajustada” de cada Cobertura, na forma abaixo indicada:

a) se, para um determinado seguro, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de capital, a indenização individual de cada Cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outros seguros serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia do seguro será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas coberturas.

b) caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o inciso I deste item 21.2.

III – será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices de Seguro, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o inciso II.

IV - se a quantia a que se refere o inciso III deste artigo for igual ou inferior ao Prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com a

respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;

V – se a quantia estabelecida no inciso III for maior que o prejuízo vinculado à Cobertura concorrente, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

22. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. A ALFA Previdência e Vida S/A não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários:

- a) Forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração na indenização;**
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave, não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a indenização;**
- d) Agravamento do risco, objeto do seguro, pelo Segurado, conforme dispõe o artigo 768 do Código Civil Brasileiro;**
- e) Quando o segurado se suicidar nos primeiros dois anos da vigência inicial do seguro.**

22.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a ALFA Previdência e Vida S/A poderá:

a) 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.

b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- 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 pago

ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

c) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

22.2.1. O Segurado está obrigado a comunicar à ALFA Previdência e Vida S/A, 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 na inobservância ao Código Civil Brasileiro.

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

22.2.1.2. 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 após o efetivo cancelamento.

23. PRESCRIÇÃO

23.1. Qualquer direito do Segurado com fundamento na Condição Geral, Condição Especial e Bilhete de Seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

24. FORO CONTRATUAL

24.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) Beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado, o pagamento de uma indenização, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

1.2. O valor da indenização será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, não incluindo parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial do Bilhete de Seguro, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquia.

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

3.3. 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.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecido no Bilhete de Seguro, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 18 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- c) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- d) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

6.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópias deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia a da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Com a ocorrência de sinistro desta cobertura o Bilhete de Seguro individual vinculado ao Segurado será automaticamente cancelado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Bilhete de

Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente em virtude de lesão física causada, **exclusivamente, por acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

1.2. O valor da indenização será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, não incluindo parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado.

1.3. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência do Bilhete de Seguro, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário o tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

1.4. No caso de Invalidez Permanente por Acidente, 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 pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	
	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

1.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a

indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;

1.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total;

1.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitivo;

1.8. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente.

1.9. A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente; e

1.10. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total por acidente.

1.11. 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.

1.12. O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;

2.1.2. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

2.1.3. Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito.

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura não prevê a aplicação de franquia.
- 3.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.3.** 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.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 4.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida no Bilhete de Seguro, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente com o Segurado.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 18 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- c) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- d) Caso o segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- e) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

- g) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- h) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro;
- i) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*
- j) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

6.2. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Esta cobertura não prevê a reintegração do capital segurado após o pagamento da indenização.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o Segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

8.2. Não sendo comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais e do Bilhete de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE RENDA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor determinado e/ou período determinado de parcelas da dívida, conforme indicado no Bilhete de Seguro em caso perda de renda coberto para os Profissionais Registrados e Profissionais Autônomos ou Liberais, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **exceto se decorrente dos riscos excluídos.**

1.2. Esta cobertura destina-se a Profissionais Registrados através da CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, bem como a Profissionais Autônomos o Liberais.

1.2.1. Em caso de Profissional Registrado (Contrato laboral de trabalho – CLT):

a) Garante o pagamento de um valor determinado e/ou tempo determinado de parcelas da dívida, conforme indicado no Bilhete de Seguro em caso de desemprego involuntário do Segurado, por vontade exclusiva de seu empregador, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado para esta garantia.

b) Somente terão direito à indenização os funcionários que comprovem ter tido vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) com a mesma empresa empregadora, num período mínimo de 06 (seis) meses, sem interrupção e que tenham remuneração mensal total de até 03 (três) salários-mínimos, calculados à época da contratação do Seguro.

c) Na ocorrência de novo sinistro por desemprego involuntário do Segurado, desde que dentro do período de cobertura do bilhete, será exigida nova comprovação do prazo mínimo de registro para que a indenização correspondente seja devida.

1.2.2. Em caso de Profissionais Autônomos ou Liberais:

a) Garante o pagamento do valor determinado no Bilhete de Seguro em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente ou doença, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do Segurado exercer todas as suas atividades profissionais, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado para esta garantia.

b) A incapacidade de exercer suas atividades profissionais é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

c) Na ocorrência de novo sinistro por doença do Segurado, desde que ocorrido dentro do período de vigência do bilhete, será exigido nova comprovação deste, respeitando o prazo de e carência para que a indenização correspondente seja devida.

1.3. Alteração de situação profissional:

1.3.1. Caso o segurado altere a sua situação profissional durante o prazo de vigência do seguro, este não precisará cumprir novo prazo de carência para ter direito à indenização.

1.3.2. Ocorrendo a alteração da situação profissional de Profissional Liberal para Profissional Registrado durante a vigência do seguro, não será necessário a comprovação mínima de 6 meses de vínculo empregatício, desde que comprovado a situação de profissional liberal anteriormente ao Registro em Carteira.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. EXCLUEM-SE AINDA DESTA COBERTURA, ALÉM DOS DEMAIS ITENS CONSTANTES NA CLÁUSULA 05 DESTA CONDIÇÃO GERAL:

2.1.1. Em caso de Profissional Registrado (Contrato laboral de trabalho – CLT):

- a) as demissões por rescisões negociadas entre o Segurado e o empregador, justa causa, solicitação do Segurado ou programas de demissão voluntária;**
- b) os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado, aposentados, pensionistas ou profissionais liberais/autônomos;**
- c) a extinção do contrato de trabalho por ocorrência de aposentadoria ou programas de demissão voluntária incentivados pelo Empregador do Segurado;**

2.1.2. Em caso de Profissionais Autônomos ou Liberais:

- a) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;**
- b) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidente ocorrido na vigência individual do seguro;**
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações físicas e orgânicas, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento ocorrido na vigência individual;**
- d) tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;**
- e) tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência individual;**
- f) exames físicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;**
- g) doenças ocupacionais e profissionais, incluindo LER (Lesões decorrentes de Esforços Repetitivos), DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho);**
- h) eventos provocados intencionalmente pelo(s) beneficiário(s)**

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê período de franquia.

3.2. Para os Profissionais Registrados existe um período de carência de 30 (trinta) dias, contado a partir do início de vigência do seguro. Este período corresponde ao espaço de tempo durante o qual o beneficiário credor, mesmo com o pagamento dos prêmios, não terá direito à indenização. As demissões ocorridas durante este período de carência não terão cobertura do seguro.

3.3. Para os Profissionais Autônomos ou Liberais e no caso de eventos decorrentes de Doença, **existe um período de carência de 30 (trinta) dias**, contado a partir do início de vigência do seguro. Este período corresponde ao espaço de tempo durante o qual o beneficiário, mesmo com o pagamento dos prêmios, não terá direito à indenização.

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

3.5. O prazo de carência previsto não poderá exceder metade do prazo de vigência do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida bilhete de Seguro, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do documento que comprove a perda de renda.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, destinando-se à quitação das parcelas da dívida contraída ou compromisso assumido pelo Segurado, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado e na forma convencionada no Bilhete de Seguro.

5.2. O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, se aplicável, determinado nas Condições Contratuais e Bilhete de Seguro.

5.3. O pagamento da cobertura de Perda de Renda não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 18 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de Profissional Registrado:

- a) Cópia autenticada do Termo de rescisão do contrato de trabalho assinado pelo segurado;
- b) Cópia autenticada da Carteira Profissional de Trabalho onde conste o último contrato de trabalho com a devida baixa do vínculo empregatício e da página seguinte à mesma, bem como a página de identificação e qualificação civil;
- c) Contrato do compromisso ou dívida;

d) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

OBS.: Caso o segurado tenha ingressado com ação judicial, no lugar do termo de rescisão substituir por Cópia do termo de conciliação prévia. Para o caso de empregada doméstica que não possui o termo de rescisão, enviar Declaração do ex-empregador informando a causa da demissão, data de início e fim do contrato de trabalho e valores recebidos.

6.1.2. Em caso de Profissional Liberal, em eventos decorrentes de ACIDENTE:

- a) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, caso a vítima/Segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- b) Laudo do primeiro atendimento médico com descrição detalhada das lesões apresentadas e procedimentos realizados;
- c) Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- d) Cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro) ou outro documento que comprove a condição de autônomo do segurado;
- e) Contrato do compromisso ou dívida;
- f) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

6.1.3. Em caso de Profissional Liberal, em eventos decorrentes de DOENÇA:

- a) Laudo do primeiro atendimento médico com descrição detalhada dos diagnósticos apresentados e procedimentos realizados;
- b) Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- c) Cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro) ou outro documento que comprove a condição de autônomo do segurado;
- d) Contrato do compromisso ou dívida;
- e) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. A Seguradora procederá a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais e do Bilhete de Seguro, portanto aplicam-se à cobertura do risco contratado nesta garantia todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais, permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.