



# CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

SEGURO PRESTAMISTA INDIVIDUAL  
CAPITAL SEGURADO VINCULADO  
APÓLICE

PROCESSO SUSEP Nº 15414.656041/2026-16

## SUMÁRIO

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| DISPOSIÇÕES INICIAIS .....                                                    | 3  |
| CONDIÇÕES GERAIS .....                                                        | 3  |
| 1. OBJETIVO DO SEGURO .....                                                   | 3  |
| 2. DEFINIÇÕES .....                                                           | 4  |
| 3. RISCOS EXCLUÍDOS .....                                                     | 5  |
| 4. CARÊNCIA .....                                                             | 6  |
| 5. FRANQUIA .....                                                             | 6  |
| 6. ÂMBITO GEOGRÁFICO .....                                                    | 6  |
| 7. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO .....                                    | 6  |
| 8. APÓLICE DE SEGURO .....                                                    | 7  |
| 9. BENEFICIÁRIO .....                                                         | 7  |
| 10. CAPITAL SEGURADO .....                                                    | 7  |
| 11. PRÊMIO DO SEGURO .....                                                    | 8  |
| 12. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO .....                                       | 8  |
| 13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E ENCARGOS MORATÓRIOS .....                        | 9  |
| 14. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....                                    | 9  |
| 15. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS .....                                         | 9  |
| 16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO .....                                      | 9  |
| 17. COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....                    | 10 |
| 18. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO .....                      | 10 |
| 19. PERDA DE DIREITOS .....                                                   | 11 |
| 20. PRESCRIÇÃO .....                                                          | 11 |
| 21. FORO .....                                                                | 11 |
| 22. SUB-ROGAÇÃO .....                                                         | 11 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS – MORTE (M) .....                                         | 12 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS – INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) .....    | 14 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS – INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD) .....  | 16 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS – PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI) ..... | 18 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS – INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT) .....     | 20 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS – DOENÇAS GRAVES (DG) .....                               | 22 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS – AUXÍLIO FUNERAL (AUX-FUN) .....                         | 27 |

## DISPOSIÇÕES INICIAIS

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da sociedade Seguradora no sítio eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Este seguro é de contratação individual.

As Condições Especiais das coberturas contratadas fazem parte integrante destas Condições Gerais. Em caso de conflito, as Condições Especiais prevalecem sobre as Gerais. As Condições Particulares prevalecem sobre as Especiais.

## CONDIÇÕES GERAIS

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

**1.1** O presente seguro tem por objetivo garantir, total ou parcialmente, o pagamento ou a amortização da Obrigação financeira (Operação de Crédito) assumida pelo Segurado perante o Credor, bem como, o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Auxílio Funeral (AUX-FUN) aos Beneficiários indicados pelo Segurado ou a quem de direito, limitado ao Capital Segurado contratado, na ocorrência de um dos eventos cobertos, durante o período de vigência e mediante o pagamento do prêmio correspondente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observadas as demais disposições destas Condições Gerais, das Condições Especiais de cada cobertura e da Proposta de Contratação.**

**1.2** Este contrato de seguro é regido pela Lei nº 15.040, de 9 de dezembro de 2024, e, no que couber, pela Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), sem prejuízo da aplicação supletiva das Resoluções, Circulares e demais normas aplicáveis vigentes.

**1.3** É proibida a oferta deste seguro como condicionante para o fornecimento, por terceiro, de produto, crédito ou serviço.

**1.4** Coberturas Básicas (contratação conjunta e obrigatória):

- a) Morte (M);
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

**1.5** Coberturas Facultativas (somente contratáveis em conjunto com as coberturas básicas):

- a) Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD);
- b) Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI);
- c) Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT);
- d) Doenças Graves (DG);
- e) Auxílio Funeral (AUX-FUN).

**1.6** As coberturas efetivamente contratadas são aquelas discriminadas na Proposta de Contratação e ratificadas na Apólice de Seguro.

1.7 As coberturas de Morte (M) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam entre si, em relação a um mesmo evento; o pagamento integral do Capital Segurado de uma delas cancela automaticamente o seguro.

## 2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito deste seguro, entende-se por:

**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 outra 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 o suicídio voluntário será equiparado, para fins de pagamento de indenização, após dois anos de vigência do seguro, a acidente pessoal.

**APÓLICE DE SEGURO:** documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação das coberturas contratadas de forma individual, pelo Segurado.

**BENEFICIÁRIO:** pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, sendo o Credor, até o limite do saldo da Obrigação apurado na data do evento, o beneficiário preferencial das coberturas de M, IPTA, IFPD, PRDI, IFTT e DG); na cobertura de Auxílio Funeral (AUX-FUN), o Beneficiário é aquele indicado pelo Segurado ou, na sua falta, o herdeiro legal, conforme regra específica de sua Condição Especial.

**CAPITAL SEGUADO:** valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de evento coberto.

**CAPITAL SEGUADO VINCULADO:** modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da Obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste desta, aplicável às coberturas de M, IPTA, IFPD, PRDI e IFTT, conforme detalhado na Cláusula 10.

**CARÊNCIA:** período contado a partir do início de vigência do seguro, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento do Capital Segurado.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS:** conjunto de cláusulas que complementam ou alteram as Condições Gerais, específicas de cada cobertura contratada.

**CONDIÇÕES GERAIS:** cláusulas que estabelecem os termos e condições contratuais comuns a todas as coberturas deste seguro.

**CREDOR:** pessoa física ou jurídica a quem o Segurado (Devedor) deve o valor decorrente da Obrigação contratada.

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS):** questionário complementar da Proposta de Contratação, no qual o Proponente presta informações sobre suas condições de saúde e de atividade, para avaliação do risco pela Seguradora.

**DEVEDOR:** pessoa física que assumiu a Obrigação perante o Credor; para os fins deste seguro, o Devedor é o próprio Segurado.

**DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES:** doença ou lesão de conhecimento do Segurado, anterior à contratação do seguro, e não declarada na Declaração Pessoal de Saúde.

**ENDOSSO:** documento emitido pela Seguradora para formalizar alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes.

**EVENTO COBERTO:** acontecimento futuro e incerto, súbito e involuntário, previsto nas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro.

**FRANQUIA:** período ininterrupto de dias, contado a partir da caracterização do evento coberto, durante o qual não haverá indenização, quando aplicável a determinada cobertura.

**INDENIZAÇÃO:** valor pago pela Seguradora em decorrência de evento coberto, limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura.

**OBRIGAÇÃO:** produto, serviço, financiamento ou compromisso financeiro contraído pelo Segurado perante o Credor, ao qual estão vinculadas as coberturas financeiras deste seguro.

**OPERAÇÃO DE CRÉDITO:** contrato entre o Credor e o Segurado (tomador), por meio do qual o Credor disponibiliza recursos financeiros a serem devolvidos em prazo acordado, acrescidos de encargos.

**PRÊMIO DO SEGURO:** valor pago pelo Segurado à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas, podendo ser pago de forma única ou periódica mensal, conforme opção do Proponente.

**PROONENTE:** pessoa física interessada em contratar o seguro, que somente será considerada Segurada após a aceitação da Proposta pela Seguradora.

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** documento em que o Proponente formaliza sua intenção de contratar o seguro, com pleno conhecimento das Condições Gerais e Especiais.

**REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES:** regime em que os custos da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração são repartidos entre os segurados no mesmo período.

**SEGURADO:** pessoa física titular do interesse legítimo garantido por este seguro, sujeita aos riscos previstos nas coberturas contratadas.

**SEGURADORA:** Split Risk Seguros S.A., sociedade devidamente autorizada a operar em seguros, que assume os riscos previstos nas coberturas contratadas.

**SINISTRO:** ocorrência do Evento Coberto durante o período de vigência do seguro.

**VIGÊNCIA:** período, correspondente ao prazo da Obrigação, durante o qual as coberturas contratadas estarão garantidas pela Seguradora, desde que os prêmios sejam pagos regularmente.

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Atos ilícitos dolosos, ou por culpa grave equiparável ao dolo, praticados pelo Segurado, Beneficiários ou seus representantes legais, nos termos do art. 10, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 15.040/2024;
- d) Lesão premeditada autoinfligida, suicídio ou tentativa de suicídio, quando ocorridos nos primeiros 2 (dois) anos de vigência da Apólice, ou de sua recondução após suspensão, exceto se cometidos em razão de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro;
- e) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e demais convulsões da natureza;
- f) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- g) Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar, com documentação hábil e laudo circunstanciado, o reconhecimento do atentado à ordem pública pela autoridade competente;
- h) Doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro ou à alteração do Capital Segurado, de conhecimento do Segurado e não declarados na Declaração Pessoal de Saúde, ressalvado o transcurso do prazo de carência quando convencionado na Apólice;
- i) Lesões por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos (LER/DORT/LTC ou similares), exceto quando comprovadamente decorrentes de acidente pessoal coberto;

- j) Participação do Segurado em competições ilegais em aeronaves, embarcações ou veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- k) Acidentes ocorridos com o Segurado na condição de condutor de veículo ou operador de equipamento que exija habilitação legal, sem que a possua;
- l) Ato reconhecidamente perigoso não motivado por necessidade justificada;
- m) Sinistro cuja causa ou enquadramento em cobertura não puder ser apurado ou concluído pela Seguradora, havendo dúvida fundada e justificável, durante o processo de regulação e liquidação.

**3.2 Riscos excluídos específicos de cada cobertura estão discriminados nas respectivas Condições Especiais.**

#### **4. CARÊNCIA**

- 4.1 As carências, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de cada cobertura, contadas a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do Capital Segurado, nesse caso limitada à parcela do aumento.
- 4.2 Não haverá prazo de carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto para suicídio ou sua tentativa, hipótese em que se aplicará carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados da contratação ou da recondução do seguro após suspensão.
- 4.3 O prazo de carência, exceto para suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto na Apólice.
- 4.4 Na renovação do seguro ou reabilitação da cobertura não será reiniciada a contagem de carência já cumprida pelo Segurado.
- 4.5 O pagamento antecipado do prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

#### **5. FRANQUIA**

- 5.1 As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de cada cobertura e correspondem ao período ininterrupto, contado a partir da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado permanece responsável pelos compromissos financeiros cobertos, não fazendo jus à indenização.

#### **6. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

- 6.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do território nacional, salvo disposição contrária nas Condições Especiais.
- 6.2 As indenizações serão sempre pagas no Brasil, em moeda corrente nacional.

#### **7. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO**

- 7.1 A contratação deste seguro é individual, facultativa e realizada por adesão, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Proponente ou seu representante legal, acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde, após conhecimento prévio da íntegra destas Condições Gerais e Especiais.
- 7.2 Somente poderão ser aceitas no seguro pessoas físicas que, na data da Proposta de Contratação, comprovem a existência de uma Operação de Crédito ou Obrigação junto ao Credor indicado, estejam em boas condições de saúde e atendam aos limites de idade estabelecidos na Proposta e nas Condições Especiais de cada cobertura.

7.3 A Aceitação do seguro ocorrerá no prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias, contados da data do recebimento da Proposta.

7.4 A Seguradora poderá, durante esse prazo, solicitar documentos complementares, informações, declarações ou exames médicos, hipótese em que o prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil seguinte ao atendimento integral da solicitação.

7.5 A ausência de manifestação da Seguradora no prazo acima caracteriza aceitação tácita da Proposta. Em caso de recusa, esta será comunicada por escrito, com a devida justificativa.

7.6 É vedada a oferta deste seguro como condicionante para a concessão, por terceiro, de crédito, produto ou serviço.

## **8. APÓLICE DE SEGURO**

8.1 A Apólice será emitida em até 30 (trinta) dias, contados da data de aceitação da Proposta, e conterá, no mínimo: as datas de início e término de vigência; as coberturas contratadas, respectivas carências e franquias; o Capital Segurado de cada cobertura; e o valor do Prêmio.

8.2 Qualquer alteração nas Condições Contratuais será formalizada por Endosso, mediante concordância expressa das partes.

## **9. BENEFICIÁRIO**

9.1 Para as coberturas de Morte (M), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI), Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT) e Doenças Graves (DG), o Beneficiário é o Credor, até o limite do saldo da Obrigação apurado na data do evento coberto e limitado ao Capital Segurado contratado.

9.2 Caso o valor da indenização exceda o saldo da Obrigação na data do evento, o excedente será pago ao Segurado ou, em caso de morte, aos Beneficiários por ele indicados ou, na sua falta, aos herdeiros legais, nos termos da lei civil.

9.3 Para a cobertura de Auxílio Funeral (AUX-FUN), o Beneficiário é aquele livremente indicado pelo Segurado; na falta de indicação, ou não prevalecendo a que for feita, serão Beneficiários os herdeiros legais do Segurado, nos termos da lei civil. Esta cobertura não guarda relação com o saldo da Obrigação, não sendo o Credor seu Beneficiário.

9.4 O Segurado poderá, a qualquer tempo, indicar ou alterar a indicação de Beneficiários para a cobertura de Auxílio Funeral, mediante comunicação escrita à Seguradora, prevalecendo, em caso de sinistro, a última indicação de que a Seguradora tenha conhecimento.

## **10. CAPITAL SEGUADO**

10.1 O Capital Segurado para cada uma das coberturas contratadas será estabelecido na Proposta de Contratação e ratificado na Apólice de Seguro e será equivalente ao valor do saldo devedor total ou parcial apurado na data de Sinistro, ressalvada a cobertura de Auxílio Funeral (AUX-FUN), cujo Capital Segurado é fixo e não guarda relação com o saldo da Obrigação, na forma do item 10.3.

10.2 Para as coberturas de M, IPTA, IFPD, PRDI, IFTT e DG, o Capital Segurado será necessariamente igual ao valor da Obrigação, podendo corresponder, conforme definido na Apólice: (i) ao saldo devedor da Obrigação na data do evento; (ii) à soma das parcelas a vencer na data do evento, limitada ao valor estabelecido na Apólice; ou (iii) à quitação parcial ou total das parcelas contratadas, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste da Obrigação. Especificamente para a cobertura de Doenças

Graves (DG), o pagamento da indenização quita ou amortiza a Obrigação até o limite do Capital Segurado vigente na data do diagnóstico, extinguindo automaticamente o seguro.

10.3 Para a cobertura de AUX-FUN, o capital segurado não guarda relação com o saldo da Obrigação, sendo livremente definido pelo Proponente na contratação, respeitados os limites técnicos de aceitação da Seguradora.

10.4 Não haverá atualização monetária do Capital Segurado Vinculado, uma vez que este corresponde ao saldo devedor da Obrigação, líquido de juros e correção monetária, apurado na data do sinistro; tampouco haverá atualização do Prêmio, cujo cálculo já considera a flutuação esperada do Capital Segurado ao longo da vigência.

10.5 Data do evento, para fins de apuração do Capital Segurado, conforme a cobertura: Morte e AUX-FUN — data do óbito; IFPD e DG — data do diagnóstico definitivo da invalidez funcional ou da doença grave, respectivamente; IPTA — data do acidente; PRDI — data do desligamento indicada no Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho; IFTT — data do afastamento.

## **11. PRÊMIO DO SEGURO**

11.1 O Prêmio poderá ser pago, à escolha do Proponente e conforme definido na Proposta de Contratação e na Apólice, sob a forma de:

- a) Pagamento Único: prêmio integralmente pago no ato da contratação, cobrindo todo o período de vigência da Apólice;
- b) Pagamento Periódico Mensal: prêmio fracionado em parcelas mensais, cada uma correspondente ao respectivo período de cobertura.

11.2 O prêmio pago ao Corretor de Seguros considera-se feito à Seguradora.

11.3 Qualquer indenização somente será devida após o pagamento do Prêmio ou da parcela correspondente ao período de cobertura em que ocorreu o sinistro, observada a data limite de pagamento indicada no respectivo documento de cobrança.

11.4 O recolhimento do Prêmio poderá ser feito por boleto bancário, débito em conta ou cartão de crédito, conforme a forma de cobrança prevista na Proposta.

11.5 Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, não havendo devolução ou resgate de Prêmio, exceto nas hipóteses de rescisão contratual previstas na Cláusula 18.

## **12. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO**

12.1 No caso de Pagamento Único ou da primeira parcela, o inadimplemento até a data de vencimento caracteriza a não contratação do seguro, independentemente de notificação.

12.2 No caso de Pagamento Periódico Mensal, ocorrendo a falta de pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira, a Seguradora notificará o Segurado, por meio idôneo que comprove o recebimento, concedendo o prazo de 15 (quinze) dias para regularização, sob pena de suspensão da cobertura desde a data de vencimento da parcela não paga.

12.3 Não regularizado o pagamento no prazo de 90 (noventa) dias contados da data de vencimento da parcela em atraso, o contrato será automaticamente resolvido, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, sem restituição de prêmios já pagos.

12.4 A cobertura será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento, respondendo a Seguradora apenas por sinistros ocorridos a partir da reabilitação, sem cobrança de prêmio referente ao período de suspensão, podendo ser exigido o cumprimento de novas carências, conforme o caso.

### **13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E ENCARGOS MORATÓRIOS**

13.1 Os valores devidos por qualquer das partes, quando não relativos ao Capital Segurado Vinculado, serão atualizados monetariamente pela variação do IPCA/IBGE, ou, em caso de extinção deste, pelo INPC/IBGE.

13.2 Sobre valores em atraso incidirão juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados pro rata die, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, sem prejuízo da atualização monetária.

13.3 Não haverá atualização monetária do Capital Segurado Vinculado nem do Prêmio, nos termos da Cláusula 10.

### **14. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGUADO**

14.1 Não haverá reintegração do Capital Segurado para as coberturas de Morte (M), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) e Doenças Graves (DG); o pagamento integral do Capital Segurado de qualquer dessas coberturas resulta no cancelamento automático do seguro.

14.2 Haverá reintegração automática do Capital Segurado para as coberturas de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI) e Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT), sem cobrança de prêmio adicional, respeitado o limite do Capital Segurado contratado e o intervalo mínimo entre ocorrências previsto na Cláusula 15.

### **15. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS**

15.1 Não haverá intervalo entre ocorrências para as coberturas de Morte (M), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) e Doenças Graves (DG), tendo em vista a ausência de reintegração do Capital Segurado.

15.2 Para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT), o intervalo mínimo entre ocorrências será de 180 (cento e oitenta) dias.

15.3 Para a cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI), o intervalo mínimo entre ocorrências será de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

### **16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

16.1 A vigência deste seguro corresponderá ao prazo da Obrigação financeira, definido na Proposta de Contratação e ratificado na Apólice, com início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas nela estabelecidas.

16.2 Este seguro é contratado por prazo determinado, sem previsão de renovação automática, dependendo eventual renovação de manifestação expressa de ambas as partes.

16.3 Em caso de repactuação do prazo da Obrigação entre o Segurado e o Credor, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada: havendo redução do prazo, o seguro permanece válido até o novo termo, com eventual devolução proporcional de prêmio, se aplicável; havendo ampliação, a Seguradora poderá se manifestar, no prazo de 15 (quinze) dias, sobre o interesse na extensão da vigência e no recálculo do Prêmio.

16.4 Em caso de extinção antecipada da Obrigação (liquidação antecipada), o seguro será automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo da devolução proporcional do Prêmio referente ao período a decorrer, no caso de Pagamento Único.

## **17. COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

17.1 Ocorrido o sinistro, este deverá ser comunicado à Seguradora tão logo dele se tenha conhecimento, mediante Aviso de Sinistro, acompanhado dos documentos exigidos nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais da cobertura correspondente.

17.2 O descumprimento doloso desses deveres implica perda do direito ao seguro e à indenização e obrigação de ressarcir as despesas da Seguradora.

17.3 O descumprimento culposo implica perda da indenização equivalente aos danos decorrentes da omissão.

17.4 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da entrega de toda a documentação exigida, para concluir a regulação do sinistro e manifestar-se sobre a existência de cobertura.

17.5 A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, hipótese em que o prazo de regulação se suspende, no máximo por 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil seguinte ao atendimento integral da solicitação.

17.6 Concluída a regulação, e havendo cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da entrega da documentação completa.

17.7 Havendo divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões ou da doença, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou invalidez do Segurado, a Seguradora proporá formalmente ao Segurado, em até 15 (quinze) dias contados da data da contestação, a constituição de uma Junta Médica com 3 (três) membros, a ser constituída no prazo máximo de 15 (quinze) dias contado da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado, cabendo a cada parte pagar os honorários do médico que houver indicado e sendo os honorários do terceiro pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora:

- a) um indicado pela Seguradora;
- b) um indicado pelo Segurado; e
- c) um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois membros indicados.

17.8 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do sinistro nos termos destas Condições Contratuais.

17.9 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas

17.10 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e penais cabíveis.

17.11 O descumprimento do prazo de pagamento da indenização sujeitará os valores devidos à atualização monetária pelo IPCA/IBGE e aos encargos moratórios previstos na Cláusula 13.

## **18. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO**

18.1 A cobertura de cada Segurado cessará, respeitado o período correspondente ao prêmio pago:

- a) Automaticamente, com o pagamento integral do Capital Segurado das coberturas de Morte (M), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) ou Doenças Graves (DG);
- b) Automaticamente, ao término do prazo de vigência da Apólice ou pela extinção antecipada da Obrigação;
- c) Por solicitação do Segurado, mediante comunicação escrita à Seguradora;
- d) Por falta de pagamento do Prêmio, nos termos da Cláusula 12;
- e) Em caso de dolo, fraude ou simulação do Segurado, seus representantes ou Beneficiários, na contratação ou durante a vigência do seguro, ou para obter ou majorar indenização, hipótese em que o cancelamento será automático, sem restituição de prêmios, cabendo ao Segurado ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

18.2 Exceto pelas disposições acima e em outras previstas em lei, este seguro não poderá ser cancelado unilateralmente pela Seguradora

## 19. PERDA DE DIREITOS

19.1 Além das hipóteses previstas em lei, a Seguradora não pagará indenização caso o Segurado, seus representantes ou Beneficiários:

- a) Provocarem dolosamente o sinistro, agirem com culpa grave equiparável a dolo, ou de má-fé, na busca de benefícios ilícitos;
- b) Agravarem intencional e relevantemente o risco objeto do contrato, ou deixarem de comunicar à Seguradora, tão logo dele tenham conhecimento, fato suscetível de agravá-lo;
- c) Fizerem declarações inexatas ou omitirem informações que influam na aceitação do risco ou na fixação do Prêmio, na Proposta de Contratação ou na Declaração Pessoal de Saúde;
- d) Deixarem de adotar, dolosamente, as medidas necessárias para evitar ou minorar os efeitos do sinistro;
- e) Forem omissos ou inertes na entrega de documentos solicitados pela Seguradora, inviabilizando a conclusão da regulação do sinistro.

19.2 O descumprimento culposo do dever de informar implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações corretas, nos termos da Lei nº 15.040/2024.

## 20. PRESCRIÇÃO

20.1 Qualquer direito do Segurado ou do Beneficiário fundamentado neste seguro prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei nº 15.040/2024.

## 21. FORO

21.1 O foro competente para dirimir questões oriundas deste seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

## 22. SUB-ROGAÇÃO

22.1 Nos seguros de pessoas, a Seguradora não se sub-roga nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – MORTE (M)

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado vigente na data do evento, em caso de morte do Segurado, natural ou acidental, ocorrida durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais disposições das Condições Gerais, destas Condições Especiais e da Proposta de Contratação.

### 2. ELEGIBILIDADE

2.1 Poderão contratar esta cobertura pessoas físicas que estejam em plena atividade e boas condições de saúde na data da contratação, e que possuam Obrigação financeira em vigor perante o Credor indicado na Proposta.

2.2 Esta cobertura cessará ao término do prazo da Obrigação.

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Não há riscos excluídos adicionais para esta cobertura, aplicando-se os previstos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais.

### 4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1 O Capital Segurado é o de modalidade Vinculada, conforme Cláusula 10 das Condições Gerais.

4.2 Considera-se data do evento, para apuração do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

### 5. CARÊNCIA

5.1 A carência, quando houver, será determinada na Apólice de Seguro.

5.2 Não há carência para morte decorrente de Acidente Pessoal, exceto suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência.

### 6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

6.1 Sem prejuízo dos documentos exigidos na Cláusula 17 das Condições Gerais, deverão ser apresentados, conforme aplicável ao evento:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Documento de identidade e CPF do Segurado;
- d) Boletim de Ocorrência e laudo do IML, em caso de morte acidental;
- e) Relatório médico detalhando a causa da morte, quando de causa natural;
- f) Extrato/demonstrativo atualizado do saldo da Obrigação, fornecido pelo Credor;
- g) Documentos de identificação e dados bancários do(s) Beneficiário(s) ou herdeiros legais, quando houver saldo excedente a pagar.

### 7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais e da Apólice, aplicando-se à cobertura de Morte (M) todas as disposições nelas contidas, no que não for alterado por estas Condições Especiais. Havendo conflito, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



## CONDIÇÕES ESPECIAIS – INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado vigente na data do evento, caso o Segurado fique total e permanentemente inválido em decorrência exclusiva e direta de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro.

### 2. ELEGIBILIDADE

2.1 Poderão contratar esta cobertura pessoas físicas em plena atividade e boas condições de saúde na contratação.

2.2 Esta cobertura cessará ou ao término do prazo da Obrigação.

### 3. CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO COBERTO

3.1 Caracteriza-se a Invalidez Permanente Total por Acidente quando, após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis, restar comprovada, em caráter definitivo:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores ;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral.

3.2 A aposentadoria por invalidez concedida por órgão oficial de previdência não caracteriza, por si só, a invalidez permanente total prevista nesta cobertura. Havendo divergência, aplica-se o procedimento de junta médica previsto no item 17.7 das Condições Gerais.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Não há riscos excluídos adicionais para esta cobertura, aplicando-se os previstos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais.

### 5. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

5.1 O Capital Segurado é o de modalidade Vinculada, conforme Cláusula 10 das Condições Gerais.

5.2 Considera-se data do evento a data do acidente que originou a invalidez.

### 6. CARÊNCIA

6.1 Não há carência para esta cobertura, por se tratar de evento decorrente de Acidente Pessoal.

### 7. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1 Sem prejuízo dos documentos exigidos na Cláusula 17 das Condições Gerais, deverão ser apresentados, conforme aplicável ao evento:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Relatório médico detalhando o grau de invalidez, emitido após alta médica definitiva;
- c) Exames que comprovem a invalidez permanente total por acidente;
- d) Boletim de Ocorrência policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), conforme o caso;
- e) Documento de identidade e CPF do Segurado;
- f) Extrato/demonstrativo atualizado do saldo da Obrigação, fornecido pelo Credor.

## **8. DISPOSIÇÕES GERAIS**

8.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais e da Apólice, aplicando-se à cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) todas as disposições nelas contidas, no que não for alterado por estas Condições Especiais. Havendo conflito, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD)

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado vigente na data do evento, caso o Segurado seja acometido de invalidez funcional permanente, total e irreversível, decorrente exclusivamente de doença coberta, que o incapacite definitivamente para toda e qualquer atividade laboral ou para os atos da vida civil, comprovada após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis.

### 2. ELEGIBILIDADE

2.1 Poderão contratar esta cobertura pessoas físicas em plena atividade e boas condições de saúde na contratação.

2.2 Esta cobertura cessará ao término do prazo da Obrigação.

### 3. CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO COBERTO

3.1 A caracterização da invalidez funcional permanente por doença dependerá de avaliação e declaração da assessoria médica da Seguradora, mediante apresentação, pelo Segurado, de relatórios e exames médicos que a comprovem, podendo a Seguradora exigir perícia médica complementar.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos excluídos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) os eventos decorrentes de:

- a) Perda, redução ou impotência funcional de membros ou órgãos causada por Acidente Pessoal;
- b) Quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluindo as profissionais e as do trabalho;
- c) Doenças agravadas por traumatismos; e
- d) Quadros clínicos incapacitantes com repercussões parciais que não impliquem perda da existência independente.

### 5. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

5.1 O Capital Segurado é o de modalidade Vinculada, conforme Cláusula 10 das Condições Gerais.

5.2 Considera-se data do evento a data do diagnóstico definitivo da invalidez funcional permanente, comprovado por laudo médico.

### 6. CARÊNCIA

6.1 A carência, quando houver, será determinada na Apólice de Seguro.

### 7. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

7.1 Sem prejuízo dos documentos exigidos na Cláusula 17 das Condições Gerais, deverão ser apresentados, conforme aplicável ao evento:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Relatório médico detalhando a doença, o grau de invalidez e o caráter definitivo e irreversível da condição;
- c) Exames complementares que comprovem o diagnóstico;

- d) Documento de identidade e CPF do Segurado;
- e) Extrato/demonstrativo atualizado do saldo da Obrigação, fornecido pelo Credor.

## **8. DISPOSIÇÕES GERAIS**

8.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais e da Apólice, aplicando-se à cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) todas as disposições nelas contidas, no que não for alterado por estas Condições Especiais. Havendo conflito, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, e observado o período de carência determinado na Apólice de Seguro, garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado correspondente às parcelas da Obrigação vencidas durante o período de Desemprego Involuntário do Segurado, desde que tal situação permaneça caracterizada por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos, respeitados o limite máximo de indenização, o número máximo de parcelas cobertas e o Capital Segurado contratados.

1.2 A indenização corresponderá ao valor das parcelas cobertas que vencerem durante o período de Desemprego Involuntário, limitada ao Capital Segurado contratado para esta cobertura.

### 2. ELEGIBILIDADE

2.1 Poderão contratar esta cobertura pessoas físicas que possuam vínculo empregatício com carteira de trabalho assinada, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com no mínimo 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para o mesmo empregador e jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.

2.2 Esta cobertura cessará ao término do prazo da Obrigação.

2.3 Esta cobertura é devida após decorrido o período de carência, se houver.

2.4 O segurado somente terá direito ao pagamento das parcelas da obrigação assumida, após decorrido o período de franquias, e desde que permaneça a situação de desemprego. A admissão em outro emprego afasta a Perda de Renda.

### 3. CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO COBERTO

3.1 Considera-se Desemprego Involuntário a dispensa do Segurado pelo empregador, sem justa causa, com a consequente perda de toda remuneração pela prestação de trabalho pessoal.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos excluídos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI) os eventos decorrentes de:

- a) Pedido de demissão, rescisão por comum acordo ou adesão a programa de demissão voluntária (PDV);
- b) Demissão por justa causa;
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do Segurado;
- d) Estágios e contratos de trabalho temporário ou por prazo determinado;
- e) Vínculo empregatício com parente do Segurado (cônjuge, pais, filhos, irmãos e afins) na condição de empregador;
- f) Novo desemprego decorrente de recontração pelo mesmo empregador da ocorrência anterior já indenizada.

### 5. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

5.1 O Capital Segurado é o de modalidade Vinculada, correspondente às parcelas devidas durante o período de desemprego, limitado ao valor e quantidade de parcelas contratadas, determinados na Apólice de Seguro.

5.2 Considera-se data do evento a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho, independentemente do cumprimento do aviso prévio.

## **6. CARÊNCIA**

6.1 A carência, quando houver, será determinada na Apólice de Seguro.

## **7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

7.1 Haverá reintegração automática do Capital Segurado após cada evento indenizado, para novas ocorrências, respeitado o intervalo entre ocorrências previsto na Cláusula 15 das Condições Gerais.

## **8. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS**

8.1 O intervalo mínimo entre ocorrências será de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

## **9. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO**

9.1 Sem prejuízo dos documentos exigidos na Cláusula 17 das Condições Gerais, deverão ser apresentados, conforme aplicável ao evento:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Carteira de Trabalho (física ou digital), com páginas de qualificação civil e do(s) contrato(s) de trabalho;
- c) Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho, homologado quando exigido por lei;
- d) Documento de identidade e CPF do Segurado;
- e) Extrato/demonstrativo atualizado do saldo da Obrigação e das parcelas vencidas, fornecido pelo Credor.

## **10. DISPOSIÇÕES GERAIS**

10.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais e da Apólice, aplicando-se à cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI) todas as disposições nelas contidas, no que não for alterado por estas Condições Especiais. Havendo conflito, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado correspondente às parcelas da Obrigação vencidas durante o período em que o Segurado ficar impossibilitado, de forma contínua e ininterrupta, por acidente ou doença, de exercer sua profissão ou ocupação, por período superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

### 2. ELEGIBILIDADE

2.1 Poderão contratar esta cobertura profissionais liberais ou autônomos, que comprovem, na contratação, o exercício regular de atividade remunerada e boas condições de saúde.

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos excluídos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT) os eventos decorrentes de:

- a) Hérnias e suas consequências, salvo se decorrentes de acidente pessoal coberto;
- b) Cirurgias plásticas, exceto as de finalidade restauradora comprovadamente decorrente de evento coberto;
- c) Tratamento para obesidade;
- d) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, exceto quando decorrentes de evento coberto;
- e) Gravidez e suas consequências, exceto complicações comprovadas;
- f) Afastamentos por período inferior ao de franquia estabelecido na Apólice.

### 4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1 O Capital Segurado é o de modalidade Vinculada, correspondente às parcelas devidas durante o período de incapacidade, limitado ao valor e quantidade de parcelas contratadas.

4.2 Considera-se data do evento a data do acidente, ou a data de início do afastamento indicada no relatório médico, no caso de doença.

### 5. CARÊNCIA

5.1 Não há carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

5.2 A carência, quando houver, será determinada na Apólice de Seguro.

### 6. FRANQUIA

6.1 Franquia de 15 (quinze) dias, contados do início do afastamento, sendo a indenização devida a partir do 16º (décimo sexto) dia.

### 7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1 Haverá reintegração automática do Capital Segurado após cada evento indenizado, para novas ocorrências não relacionadas à mesma causa, sem cobrança de prêmio adicional.

### 8. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS

8.1 O intervalo mínimo entre ocorrências será de 180 (cento e oitenta) dias.

## **9. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO**

9.1 Sem prejuízo dos documentos exigidos na Cláusula 17 das Condições Gerais, deverão ser apresentados, conforme aplicável ao evento:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Relatório médico detalhando o diagnóstico, o tratamento e o período de afastamento;
- c) Exames que comprovem a incapacidade;
- d) Comprovação de atividade autônoma ou liberal (declaração de Imposto de Renda, RPA, Carnê-Leão ou equivalente);
- e) Documento de identidade e CPF do Segurado;
- f) Extrato/demonstrativo atualizado do saldo da Obrigação e das parcelas vencidas, fornecido pelo Credor.

## **10. DISPOSIÇÕES GERAIS**

10.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais e da Apólice, aplicando-se à cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT) todas as disposições nelas contidas, no que não for alterado por estas Condições Especiais. Havendo conflito, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – DOENÇAS GRAVES (DG)

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado vigente na data do evento, em caso de diagnóstico definitivo de uma das doenças graves relacionadas nesta cláusula, ocorrido durante a vigência do seguro, com o objetivo de quitar ou amortizar a Obrigação financeira do Segurado perante o Credor. **O pagamento da indenização, no limite de 100% (cem por cento) do Capital Segurado, extingue automaticamente esta cobertura e o seguro.**

1.2 Para efeito desta cobertura, serão consideradas Doenças Graves, exclusivamente:

a) **Câncer Grave:** doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin. Está coberto exclusivamente o Câncer Grave que atenda a, no mínimo, um dos seguintes critérios de classificação:

- T4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N1 | M0;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estágio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia.

b) **Acidente Vascular Cerebral Agudo:** doença caracterizada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

c) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- história de dores torácicas típicas;
- alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
- elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

d) **Doença de Alzheimer:** deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição

importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

e) **Perda da Visão:** ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

f) **Paralisia de Membros:** perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

g) **Parkinson:** doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

h) **Esclerose Múltipla:** doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O Segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no líquido cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

i) **Osteomielite:** doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

j) **Embolia Pulmonar:** é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Considera-se como risco coberto a embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

k) **Coma por Traumatismo Craniano:** diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:

- Resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas.
- Requer o uso de equipamentos médicos de suporte à vida.

- Resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.

- A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

l) **Doença do Neurônio Motor:** doenças do neurônio motor caracterizado pela degeneração progressiva das vias corticoespinhais e células do corno anterior ou neurônios eferentes bulbares que incluem atrofia muscular espinhal, paralisia bulbar progressiva, esclerose lateral amiotrófica e esclerose lateral primária.

- A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e dar por resultado um déficit neurológico permanente durante um período contínuo de pelo menos 3 meses.

m) **Hepatite Aguda Fulminante:** necrose massiva ou submassiva (morte do tecido hepático) causada por vírus da hepatite, confirmada por um hepatologista ou gastroenterologista e evidenciada pelos seguintes critérios:

- Curso sorológico típico de hepatite viral aguda;
- Diminuição rápida do tamanho do fígado confirmada por USG abdominal;
- Piora rápida dos testes de função hepática;
- Icterícia acentuada;
- Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
- Aumento dos níveis de bilirrubina;
- Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5;
- Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas;
- Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

## 2. ELEGIBILIDADE

2.1 Poderão contratar esta cobertura pessoas físicas em boas condições de saúde na contratação, e que possuam Obrigação financeira em vigor perante o Credor indicado na Proposta.

2.2 Esta cobertura cessará ao término do prazo da Obrigação.

## 3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos excluídos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves (DG) os eventos decorrentes de:

- a) **Câncer:**
  - I. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
  - II. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
  - III. Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;
  - IV. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;
  - V. Câncer leve ou moderado.
- b) **Acidente Vascular Cerebral Agudo:**
  - I. Ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
  - II. Hemorragia cerebral causada por acidentes;
  - III. Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;

- IV. Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- V. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.
- c) Infarto Agudo do Miocárdio:
  - I. Angina do peito incluindo angina estável e instável;
  - II. Angina decúbito;
  - III. Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";
  - IV. troponina "I" ou "T";
  - V. Outras síndromes coronarianas agudas.
- d) Doença de Alzheimer:
  - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.
- e) Perda da Visão:
  - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
    - Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;
    - Cegueira de origem central (sistema nervoso central).
- f) Paralisia de Membros:
  - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
    - Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
    - Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
    - A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).
- g) Parkinson:
  - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
    - Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;
    - Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante - Doença ou Mal de Parkinson;
    - Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
    - Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.
- h) Esclerose Múltipla:
  - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
    - Doença na fase inicial ou em remissão (sem sintomas).
- i) Osteomielite:
  - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
    - Osteomielite diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.
- j) Embolia Pulmonar:
  - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
    - Embolia Pulmonar diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como a Embolia Pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.
- k) Coma por Traumatismo Craniano:
  - Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
    - I. Coma como resultado direto de ferimentos auto infligidos, uso de álcool e/ou drogas;
    - II. Coma medicamente induzido;
    - III. Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto;
    - IV. Diagnóstico de morte cerebral.
- l) Hepatite Aguda Fulminante:
  - I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
    - Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).;
    - Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.

#### **4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO**

4.1 O Capital Segurado é o de modalidade Vinculada, conforme Cláusula 10 das Condições Gerais, sendo o Beneficiário o Credor, até o limite do saldo da Obrigação apurado na data do evento, cabendo eventual excedente ao Segurado, nos termos da Cláusula 9.

4.2 Considera-se data do evento a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por exame anatomopatológico ou outro exame complementar específico.

#### **5. CARÊNCIA**

5.1 A carência, quando houver, será determinada na Apólice de Seguro.

#### **6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO**

6.1 Sem prejuízo dos documentos exigidos na Cláusula 17 das Condições Gerais, deverão ser apresentados, conforme aplicável ao evento:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Laudo médico do especialista responsável, com data do diagnóstico e descrição da doença;
- c) Exames complementares que evidenciem o diagnóstico (biópsia, imagem, laboratoriais, conforme a doença);
- d) Prontuário médico-hospitalar, quando aplicável;
- e) Documento de identidade e CPF do Segurado;
- f) Extrato/demonstrativo atualizado do saldo da Obrigação, fornecido pelo Credor.

#### **7. DISPOSIÇÕES GERAIS**

7.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais e da Apólice, aplicando-se à cobertura de Doenças Graves (DG) todas as disposições nelas contidas, no que não for alterado por estas Condições Especiais. Havendo conflito, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS – AUXÍLIO FUNERAL (AUX-FUN)

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante o pagamento do Capital Segurado contratado diretamente aos Beneficiários do Segurado, como auxílio para custeio das despesas de funeral, em caso de morte, natural ou acidental, ocorrida durante a vigência do seguro.

1.2 Esta cobertura é de caráter estritamente pessoal, não guardando relação com o saldo da Obrigação nem com o Credor, e seu pagamento não se confunde nem prejudica o direito às indenizações das coberturas de Morte (M) ou Doenças Graves (DG), que seguem sujeitas à sua própria análise e regulação.

### 2. ELEGIBILIDADE

2.1 Poderão contratar esta cobertura pessoas físicas que estejam em plena atividade e boas condições de saúde na data da contratação, e que possuam Obrigação financeira em vigor perante o Credor indicado na Proposta.

2.2 Esta cobertura cessará ao término do prazo da Obrigação.

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Não há riscos excluídos adicionais para esta cobertura, aplicando-se os previstos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais.

### 4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

4.1 O Capital Segurado é o definido na Proposta e ratificada na Apólice, independente do saldo da Obrigação, e será pago em parcela única diretamente aos Beneficiários do Segurado, nos termos da Cláusula 9 das Condições Gerais.

4.2 Considera-se data do evento a data do óbito do Segurado.

### 5. CARÊNCIA

5.1 A carência, quando houver, será determinada na Apólice de Seguro.

5.2 Não há carência para morte decorrente de Acidente Pessoal, exceto suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência.

### 6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

6.1 Sem prejuízo dos documentos exigidos na Cláusula 17 das Condições Gerais, deverão ser apresentados, conforme aplicável ao evento:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Documento de identidade e CPF do Segurado;
- d) Documentos de identificação e dados bancários do(s) Beneficiário(s) indicados ou herdeiros legais.

### 7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais e da Apólice, aplicando-se à cobertura de Auxílio Funeral (AUX-FUN) todas as disposições nelas contidas, no que não for alterado por estas Condições Especiais. Havendo conflito, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

