

ITAÚ SEGURO PRESTAMISTA CARTÃO PM

ÍNDICE

I - CONDIÇÕES GERAIS.....	4
1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	4
2. APRESENTAÇÃO	4
3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO.....	4
4. GLOSSÁRIO.....	5
5. OBJETIVO DO SEGURO.....	8
6. COBERTURAS	9
7. RISCOS COBERTOS.....	9
8. RISCOS EXCLUÍDOS	9
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO	11
10. CARÊNCIA	11
11. FRANQUIA	12
12. CONTRATAÇÃO	12
13. ACEITAÇÃO DO SEGURO	13
14. VIGÊNCIA	14
15. RENOVAÇÃO	14
16. CAPITAL SEGURO	15
17. PAGAMENTO DO PRÊMIO	15
18. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO	16
19. CANCELAMENTO DO SEGURO	17
20. JUNTA MÉDICA	18
21. PERÍCIA DA SEGURADORA	18
22. PERDA DE DIREITOS	18
23. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS	20
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	20
25. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA	21
26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL	21
27. PRESCRIÇÃO	21
28. COMUNICAÇÕES	22
29. FORO.....	22
30. OUVIDORIA.....	22



31.	SOLUÇÃO DE CONFLITOS.....	23
31.2	MEDIAÇÃO OU CONCILIAÇÃO.....	23
32.	PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	23
33.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	25
II – CONDIÇÕES ESPECIAIS.....		27
I.	COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA - MQC	27
II.	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	27
III.	COBERTURA DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO – PIDE	29
IV.	COBERTURA DE INCAPACIDADE TOTAL E TEMPORÁRIA - ITT	30



I - CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2 O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 1.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).
- 1.4 Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**

2. APRESENTAÇÃO

- 2.1 Apresentamos a seguir as Condições Gerais e Especiais do **Itaú Seguro Prestamista**, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas do produto contratado.
- 2.2 Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, conforme contratadas e discriminadas no Certificado Individual, desprezando-se quaisquer outras.
- 2.3 Para os casos não previstos nestas Condições Gerais e Especiais serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- 2.4 Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais e Especiais.

3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO

- 3.1 As condições deste seguro correspondem ao conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, do contrato, da apólice, da proposta de adesão e do Certificado Individual.

3.1.1: Condições Gerais: são as cláusulas comuns a todas as coberturas deste plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos do segurado, da Seguradora e do Estipulante.

3.1.2: Condições Especiais: conjunto de cláusulas relativas às diferentes coberturas que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro, que descrevem os riscos cobertos, os riscos não cobertos, bem como as limitações e restrições específicas para cada cobertura.

4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados neste documento, segue abaixo uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Gerais e Especiais:

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

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor; **(artigo 798 do Código Civil - determina que o beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso);**
- a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou 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 as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC): Isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana, com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, resultante de problemas vasculares e que produz seqüela neurológica definitiva. Para todos e quaisquer efeitos o AVC é uma doença, não podendo ser equiparado, em hipótese alguma, a acidente pessoal.



ALIENAÇÃO MENTAL: Distúrbio mental ou neuromental em que há alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

APÓLICE: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

ATESTADO MÉDICO: é o documento emitido e assinado pelo médico, em ficha própria e/ou prontuário médico com o número do registro no conselho de medicina, no qual constam o tempo concedido de dispensa de todas as atividades de trabalho, ocupacionais ou de rotina diária, necessário para a recuperação do segurado, os resultados dos exames do segurado, a conduta terapêutica, o prognóstico, dentre outras.

ATIVIDADE OCUPACIONAL: É a atividade diária e habitual do segurado, que comprometa parte do seu cotidiano.

AVISO DE SINISTRO: É a comunicação específica de um evento que caracterize um sinistro, que o segurado, estipulante ou beneficiário é obrigado a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

BENEFICIÁRIO: É a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor do capital segurado, de acordo com a cobertura pleiteada, na hipótese de ocorrência de sinistro coberto. No **Itaú Seguro Prestamista** o primeiro beneficiário será **sempre** o Estipulante, até o saldo devedor do compromisso financeiro assumido pelo segurado com o Estipulante, vigente na data do sinistro respeitado o limite do capital segurado especificado para cada cobertura, constante do Certificado Individual.

CAPITAL SEGURADO: É o valor máximo a ser pago aos Beneficiários pela Seguradora, conforme estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data de ocorrência do sinistro e constante do Certificado Individual.

CARÊNCIA: É o período contado a partir da data de início de vigência do seguro, ou do aumento do capital segurado ou da recondução no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou o beneficiário não terá direito a receber o capital segurado da cobertura para a qual foi estabelecida a carência.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: É o documento emitido pela Seguradora e destinado ao segurado, quando da aceitação da Proposta de Adesão.

CID-10: É a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde.



CLT: refere-se à Consolidação das Leis do Trabalho, norma específica que regulamenta as relações de trabalho dos empregados celetistas.

COBERTURA: É o termo utilizado para indicar as obrigações que a Seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes do Certificado Individual.

CONTRATO: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e do beneficiário.

DOENÇA(S) PREEXISTENTE(S): É a doença de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou exames diagnósticos comprobatórios, e não informada na Proposta de Adesão ou no momento da contratação.

DOLO: Ato intencional e consciente com a finalidade de conseguir vantagem proibida em lei (ilícita)_em proveito próprio ou alheio.

ESTIPULANTE: É pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nas Condições Gerais e Especiais.

FRANQUIA: É o período mínimo de tempo, contínuo e ininterrupto, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o evento deve perdurar, para que o Segurado possa pleitear o capital segurado da cobertura para a qual foi estabelecida a franquia.

GRUPO SEGURÁVEL: É o conjunto de pessoas físicas que mantêm característica de responsabilidade de pagamento de dívida ou compromisso financeiro junto a Estipulante.

GRUPO SEGURADO: É o conjunto de pessoas físicas do grupo segurável, efetivamente aceito na apólice coletiva e cuja cobertura esteja em vigor.

INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do capital segurado da cobertura contratada.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: É a data a partir da qual as coberturas são garantidas pela Seguradora.

IPCA: É o Índice de Preços ao Consumidor Amplo, publicado pela Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

MÉDICO: Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que esteja assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como médicos o próprio Segurado, seu cônjuge ou companheiro(a), seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**



PRÊMIO: É o valor pago à Seguradora para custeio do seguro.

PROPONENTE: É a pessoa física interessada em aderir ao plano coletivo, que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio do seguro.

PROPOSTA DE ADESÃO: É o documento que contém os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir ao plano coletivo, manifestando pleno conhecimento e aceitação das Condições Gerais e Especiais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: É o documento mediante o qual o Estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as coberturas e capitais Segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Gerais e Especiais.

REPOUSO ABSOLUTO: situação na qual o segurado se encontra dependente de terceiros e impedido de praticar toda e qualquer atividade, profissional ou não, por determinação médica.

RISCOS EXCLUÍDOS: São os riscos previstos nas Condições Gerais e Especiais que não são cobertos pelo seguro.

SALDO DEVEDOR: É o valor do compromisso financeiro assumido pelo segurado junto ao Estipulante, na data do sinistro, respeitado o limite do capital segurado estabelecido no Certificado Individual. **NÃO INTEGRAM O SALDO DEVEDOR O VALOR DAS FATURAS VENCIDAS QUE NÃO TENHAM SIDO PAGAS PELO SEGURADO, E OS VALORES REFERENTES A CONTRATAÇÕES DE PARCELAMENTO(S) DE FATURA E CRÉDITO(S) PESSOAL - PARA ESSAS LINHAS DE FINANCIAMENTO DEVERÁ SER CONTRATADO UM SEGURO PRESTAMISTA ESPECÍFICO.**

SEGURADO: É a pessoa física sobre a qual se estabelecerá as coberturas do seguro

SEGURADORA: É a empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro, e responsável pelo pagamento da indenização nos termos contratados.

SINISTRO: É a ocorrência do evento previsto na(s) cobertura(s), durante o período de vigência do seguro.

VIGÊNCIA: É o período durante o qual as coberturas contratadas são garantidas pela Seguradora, conforme constante do Certificado Individual.

5. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital fixo vinculado ao cartão de crédito do próprio segurado, durante a vigência prevista no Certificado Individual.

A indenização total será limitada ao Capital Segurado, constante no Certificado Individual, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais.**

6. COBERTURAS DO SEGURO

O Itaú Seguro Prestamista oferece as coberturas a seguir:

6.1 Cobertura básica:

a) Morte Qualquer Causa - MQC

6.2 Coberturas adicionais:

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA
- b) Perda Involuntária de Emprego – PIDE
- c) Incapacidade Total e Temporária – ITT

6.3 Condições para aceitação da contratação das coberturas:

6.3.1. A cobertura básica é de contratação obrigatória.

6.3.2. As coberturas adicionais são escolhidas pelo Estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da cobertura básica.

6.3.3. O conjunto de coberturas contratado pelo Estipulante será concedido para todo o grupo segurado, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada indivíduo.

6.3.4. As coberturas de Perda Involuntária de Emprego e Incapacidade Total e Temporária não se somam para um mesmo Segurado.

7. RISCOCOBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se **Riscos Cobertos** aqueles definidos nas Condições Especiais, que fazem parte integrante e inseparável do contrato de seguro.

8. RISCOEXCLUÍDOS

8.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESPECIFICAMENTE DESCRITOS EM CADA COBERTURA, ESTE SEGURO NÃO COBRE, EM HIPÓTESE ALGUMA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

a) USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADO OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;



- b) INVASÃO, HOSTILIDADE, ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, REBELIÃO, INSURREIÇÃO MILITAR, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- c) SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA, NOS PRIMEIROS DOIS (2) ANOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;**
- d) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE DE UM OU DE OUTRO;**
- e) EPIDEMIAS OU PANDEMIAS DECLARADAS PELO ÓRGÃO COMPETENTE;**
- f) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, E A PRÁTICA, POR PARTE DO SEGURADO, DOS(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO, DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI, SALVO OS 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;**
- g) TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- h) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;**
- i) LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS (LER), TENDINITE, SINOVITE, TENOSSINOVITE, ARTRITE, DORMIO FACIAL, CERVIOBRAQUIALGIA E TODOS OS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS INESPECÍFICOS RELACIONADOS A DOENÇAS OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO (DORT);**
- j) DANOS E PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA. PARA OS FINS DESSE ITEM, CABE À SEGURADORA COMPROVÁ-LO 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;**

8.2. ALÉM DOS RISCOS ACIMA MENCIONADOS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE ACIDENTES PESSOAIS OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- A) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DE REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, EPILEPSIA E ACIDENTES MÉDICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**



B) ACIDENTES SOFRIDOS ANTES DA ADESÃO AO SEGURO, AINDA QUE MANIFESTADO DURANTE A SUA VIGÊNCIA;

C) MUTILAÇÃO VOLUNTÁRIA E PREMEDITADA OU SUA TENTATIVA;

D) EVENTOS QUE NÃO SE INCLUEM NO CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 4 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS;

E) CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AQUELAS COM FINALIDADE COMPROVADAMENTE RESTAURADORAS DE FUNÇÃO DIRETAMENTE AFETADA POR EVENTOS COBERTOS PELO SEGURO;

F) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS;

G) VIAGENS, COMO PASSAGEIRO OU TRIPULANTE, EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, AUTORIZAÇÃO DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOAR OU NAVEGAR;

H) DOENÇAS, INCLUSIVE AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL.

9. ÂMBITOGEOGRÁFICO

9.1. A cobertura de Morte Qualquer Causa é válida em todo o globo terrestre.

9.2. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente é válida **somente para o diagnóstico em território brasileiro**, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

9.3. A cobertura de Perda Involuntária de Emprego é válida para o território nacional, ou seja, o segurado deve exercer sua atividade profissional ou ocupacional no território nacional.

9.4. A cobertura de Incapacidade Total e Temporária é válida somente para atividade ocupacional exercida em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. NA OCORRÊNCIA DO SINISTRO, O SEGURADO OU OS BENEFICIÁRIOS NÃO TERÃO DIREITO A RECEBER O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA PARA A QUAL FOI ESTABELECIDO A CARÊNCIA, EXCETO QUANDO O SINISTRO DECORRER DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.

10.2. PARA AS COBERTURAS DESTE SEGURO FICA ESTABELECIDO QUE:

A) MORTE QUALQUER CAUSA: NÃO HÁ CARÊNCIA, EXCETO NO CASO DE SUICÍDIO PRATICADO PELO SEGURADO NOS PRIMEIROS DOIS (2) ANOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO,



OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;

- B) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE: NÃO HÁ CARÊNCIA, EXCETO NO CASO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO PRATICADO PELO SEGURADO NOS PRIMEIROS DOIS (2) ANOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;**
- C) PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO: HAVERÁ CARÊNCIA MÍNIMA OBRIGATÓRIA DE 30 (TRINTA) DIAS, PODENDO SER MAIOR, A CONTAR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONSTANTE DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.**
- D) INCAPACIDADE TOTAL E TEMPORÁRIA: HAVERÁ CARÊNCIA MÍNIMA OBRIGATÓRIA DE 30 (TRINTA) DIAS, PODENDO SER MAIOR, A CONTAR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONSTANTE DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.**

A CARÊNCIA DESSE SEGURO NÃO ULTRAPASSARÁ O PRAZO DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS, EXCETO NOS CASOS DE SUICÍDIO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO EM QUE A CARÊNCIA SERÁ DE 2 (DOIS) ANOS.

11. FRANQUIA

ESTE SEGURO POSSUI OS SEGUINTE PRAZOS DE FRANQUIA:

11.1. NÃO HÁ FRANQUIA PARA AS COBERTURAS DE MORTE QUALQUER CAUSA E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.

11.2. PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO: PARA ESSA COBERTURA HAVERÁ FRANQUIA DE, NO MÍNIMO, 30 (TRINTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, OU SEJA, SOMENTE TERÁ DIREITO AO CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA O SEGURADO QUE PERMANECER DESEMPREGADO POR, NO MÍNIMO, 30 (TRINTA) DIAS CONSECUTIVOS.

11.3. INCAPACIDADE TOTAL E TEMPORÁRIA: PARA ESSA COBERTURA HAVERÁ FRANQUIA DE 15 (QUINZE) DIAS A CONTAR DA DATA DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, OU SEJA, SOMENTE TERÁ DIREITO AO CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA O SEGURADO QUE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS OU OCUPACIONAIS, OU FOR MANTIDO EM REPOUSO ABSOLUTO POR DETERMINAÇÃO MÉDICA POR, NO MÍNIMO, 15 (QUINZE) DIAS CONSECUTIVOS.

12. CONTRATAÇÃO

12.1. Da apólice coletiva:

12.1.1. A contratação do seguro é realizada mediante a apresentação da Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante do seguro e/ou pelo corretor de seguros.

12.1.2. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo Estipulante na Proposta de Contratação, que determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.



12.1.3. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, o Estipulante deverá solicitar à Seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de sua emissão, que corrija as divergências existentes. Decorrido este prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

12.2 Da adesão individual:

12.2.1. A inclusão de Segurados é feita mediante assinatura e preenchimento da Proposta de Adesão pelo proponente do seguro, por seu representante legal, ou pelo corretor de seguros habilitado. A veracidade das informações fornecidas é de responsabilidade do proponente.

12.2.2. A Proposta de Adesão é individual, devendo o proponente além de assinar, preencher todos os campos com seus dados. O Certificado Individual será emitido com base nas declarações prestadas pelo proponente, por seu representante legal, ou pelo corretor de seguros habilitado na proposta de adesão e pelas informações apresentadas. A partir dessas declarações será determinada a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

12.2.3. No ato da contratação, será obrigatória a formalização da Proposta de Adesão por parte do proponente manifestando o interesse de contratação do seguro e este documento será encaminhada à Seguradora para análise.

12.2.4. PARA QUE O PROPONENTE SEJA ELEGÍVEL À CONTRATAÇÃO DO SEGURO DEVERÁ ESTAR EM PLENA ATIVIDADE PROFISSIONAL OU OCUPACIONAL, E EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NA DATA DA ADESÃO AO SEGURO.

12.2.5. As Condições Gerais e Especiais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Gerais e Especiais.

12.2.6 O preço e as condições deste seguro são estabelecidos com base em premissas atuariais que levam em conta a idade de ingresso do segurado de 18 (dezoito) até 75 (setenta e cinco) anos.

13. ACEITAÇÃO DO SEGURO

13.1. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Adesão, bem como para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos. Caberá à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

13.2. Caso a Seguradora solicite documentos/informações complementares para análise e



aceitação do risco ou da alteração proposta, o que poderá ser feito uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega dos documentos/informações complementares.

A ausência de comunicação da Seguradora por escrito, no prazo previsto no item 13.1, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão.

13.3. Caso a Proposta de Adesão venha a ser recusada dentro do prazo estipulado, a Seguradora enviará uma correspondência ao Estipulante, comunicando e justificando a recusa. Caso o cliente já tenha realizado o pagamento do prêmio do seguro, os valores serão atualizados pelo IPCA a partir da data da formalização da recusa da proposta até a data da devolução do(s) valor(es). O prazo máximo para a Seguradora devolver o(s) valor(es) pago(s) e atualizado(s) é de no máximo 10 (dez) dias corridos.

13.4. A aceitação do risco implicará na emissão, pela Seguradora, do Certificado Individual, o qual será enviado ao segurado via correio ou disponibilizado no site <http://www.itaú.com.br>, contendo, no mínimo, o disposto na Circular SUSEP nº 491/14.

13.6. O preenchimento e a assinatura da Proposta de Adesão pelo proponente caracteriza a ciência, aceitação, concordância e conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais deste seguro.

14. VIGÊNCIA

14.1. O prazo de vigência das coberturas deste seguro será de 12 (doze) meses.

14.2. O início de vigência da cobertura individual se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da proposta de adesão pela Seguradora ou em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e quando não houver o pagamento do prêmio. No caso de pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela seguradora. O início de vigência da cobertura individual constará do Certificado Individual.

14.3. O término de vigência da cobertura individual ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no Certificado Individual.

15. RENOVAÇÃO

15.1 A apólice coletiva é emitida pelo prazo determinado no contrato, e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, **salvo se o Estipulante ou a Seguradora comunicar à outra parte seu desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência do término de vigência da apólice.**



15.2. As renovações subsequentes da apólice coletiva dependerão de expressa manifestação de vontade da Seguradora e do Estipulante. Caso a renovação implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução dos seus direitos para o segurado, a renovação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

15.3. A cada novo período de vigência individual, a Seguradora enviará ao Segurado um novo Certificado Individual, via correio, ou disponibilizado no site <http://www.itaubr.com.br>, contendo, no mínimo, o disposto na Circular SUSEP nº 491/14.

15.4. Respeitada a vigência correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, caso ela não seja renovada.

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

16. CAPITALSEGURADO

16.1. O capital segurado contratado para cada cobertura constará no certificado individual e será um capital fixo, determinado de acordo com o valor contratado junto ao Estipulante e será constante ao longo da vigência do seguro individual.

16.2. Para todas as coberturas deste seguro, o pagamento do capital segurado será realizado sob a forma de pagamento único e em moeda corrente nacional.

16.3. O capital segurado não poderá ultrapassar o limite máximo estabelecido para a cobertura contratada e o valor será expresso em moeda corrente nacional.

16.4. Caso o compromisso financeiro do segurado junto ao estipulante já tenha sido quitada(o) parcialmente, o saldo remanescente será pago ao segundo beneficiário, respeitado o limite do capital segurado contratado e a vigência do seguro estabelecidos no Certificado Individual.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. Para garantir seu direito à cobertura individual, o Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio ao Estipulante, que deverá repassá-lo à Seguradora até a data de vencimento.

17.2. O prêmio do seguro será pago pelo Segurado em parcelas mensais durante o período de vigência da apólice.



17.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Estipulante poderá efetuar o repasse de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.

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

17.5. Decorrido o prazo definido no parágrafo anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio pelo Segurado, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse do Segurado, deverá ser contratado um novo seguro, sem vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Neste caso não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.

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

17.8. O Estipulante obriga-se a comunicar à Seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a Seguradora da expedição das correspondências do Seguro.

17.9. Para este seguro não há devolução de prêmio ao segurado, exceto nos casos de suicídio ou tentativa de suicídio ocorridos nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do seguro, quando será devolvido o prêmio pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio ou sua tentativa.

17.10. No caso de seguro contributivo, o não repasse dos prêmios recebidos pelo Estipulante à Seguradora não desobriga a mesma do pagamento do capital segurado em caso de sinistro.

18. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

18.1. O prêmio da cobertura de Morte Qualquer Causa é estabelecido com base na idade do segurado e no valor do capital segurado contratado. O seu valor constará expressamente no Certificado Individual.

18.2. O valor do prêmio da cobertura de Morte Qualquer Causa a ser cobrado pela seguradora poderá ser alterado anualmente em razão do reenquadramento do seguro à nova idade atingida pelo segurado, no mês de aniversário do Certificado Individual. O aumento do prêmio será limitado aos percentuais abaixo:

Idade	% Variação Taxa
Até 30 anos	0,000%
31 a 35	-0,021%
36 a 40	-0,090%
41 a 45	-0,025%

46 a 50	0,256%
51 a 55	0,243%
56 a 60	0,511%
61 a 65	0,681%
66 A 70	0,997%
71 A 75	1,143%

18.3. O prêmio será recalculado considerando a atualização do capital segurado.

18.4. Se for constatado que a população segurada difere daquela que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas, na renovação da apólice, para preservar o equilíbrio atuarial. Neste caso esta alteração deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.5. Na hipótese de não atingir esse mínimo, a seguradora poderá não renovar a apólice de seguro.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. O seguro será cancelado nas seguintes situações:

- a) Mediante acordo entre as partes contratantes, sendo que, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- b) Por cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;
- c) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à Seguradora, requerer o cancelamento do seguro, considerando que o prêmio será pago em parcelas mensais, haverá devolução da parcela paga, quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão do Certificado Individual. Após esta data, o segurado deverá solicitar o cancelamento até 30 (trinta) dias antes da próxima data de vencimento, para suspender as próximas cobranças;

19.2. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19.2.1. A cobertura do Certificado Individual termina:

- a) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro;
- b) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que o término do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- c) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais e Especiais;
- d) Pelo pagamento do capital segurado da cobertura de Morte por Qualquer Causa ou Invalidez Permanente Total por Acidente.

20. JUNTA MÉDICA

20.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, será proposto pela Seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

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

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

21. PERÍCIA DA SEGURADORA

21.1. O segurado, ao propor a adesão do seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e realizar exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a Seguradora.

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

21.3. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a Seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. O SEGURADO PERDERÁ O DIREITO A QUALQUER INDENIZAÇÃO DECORRENTE DO PRESENTE CONTRATO QUANDO:

A) O SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU SEU CORRETOR DE SEGUROS FIZEREM DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIREM CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM VIR A INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, FICANDO PREJUDICADO O DIREITO À INDENIZAÇÃO, ALÉM DE ESTAR



OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;

B) SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAREM DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ:

B.1) NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO: CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO, OU PERMITIR, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, A CONTINUIDADE DO SEGURO COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS;

B.2) NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO: CANCELAR O SEGURO APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E RETER 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, APÓS A COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL, OU DEDUZIR ESTA DIFERENÇA DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO, OU RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS;

B.3) 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;

C) DEIXAR DE CUMPRIR AS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NESTE CONTRATO;

D) AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO SEGURADO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ;

E) PROCURAR OBTER BENEFÍCIOS DO PRESENTE CONTRATO POR QUALQUER MEIO ILÍCITO, FRAUDE OU SIMULAÇÃO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, DURANTE A SUA VIGÊNCIA OU, AINDA, PARA OBTER OU MAJORAR A INDENIZAÇÃO;

F) O SINISTRO DECORRER DE DOLO, MÁ-FÉ, FRAUDE E/OU SIMULAÇÃO POR PARTE DO SEGURADO;

G) DEIXAR DE COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, QUALQUER FATO SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À INDENIZAÇÃO SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ;

G.1) A SEGURADORA, DESDE QUE O FAÇA NOS 15 (QUINZE) DIAS SEGUINTE AO RECEBIMENTO DO AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO, PODERÁ DAR-LHE CIÊNCIA, POR ESCRITO, DE SUA DECISÃO DE CANCELAR O CONTRATO OU, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA OU COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL;

G.2) O CANCELAMENTO DO CONTRATO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DE PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER. APÓS ESTA DATA, O SEGURADO DEVERÁ SOLICITAR O CANCELAMENTO ATÉ 30 (TRINTA) DIAS ANTES DA PRÓXIMA DATA DE VENCIMENTO, PARA SUSPENDER AS PRÓXIMAS COBRANÇAS.

22.2. COMPROVADO ALGUM TIPO DE FRAUDE, A SEGURADORA DARÁ POR NULO O RESPECTIVO CERTIFICADO INDIVIDUAL E INICIARÁ OS PROCEDIMENTOS LEGAIS COM O OBJETIVO DE SOLICITAR O RESSARCIMENTO DE EVENTUAIS DESPESAS INCORRIDAS E INDENIZAÇÕES PAGAS, SEM PREJUÍZO DAS AÇÕES PENAS CABÍVEIS.



22.3. NA HIPÓTESE DE CONTINUIDADE DO CONTRATO, A SEGURADORA PODERÁ COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

23. PAGAMENTO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

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

23.2. Os valores das obrigações pecuniárias da seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice (IPCA) estabelecido no plano desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária.

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

23.4. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a Seguradora adotará o INPC, ou outro índice que vier a substituí-lo.

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

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. São obrigações do estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a sociedade Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- h) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

24.2 É expressamente vedado ao Estipulante, nos seguros contributários:

- a) Cobrar, dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

24.3. O não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento das coberturas.

25. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

25.1. No **Itaú Seguro Prestamista** o primeiro beneficiário de todas as coberturas será sempre o Estipulante, para o pagamento do saldo devedor do compromisso financeiro assumido pelo segurado com o Estipulante, vigente na data do sinistro, respeitado o limite do capital segurado especificado para cada cobertura e demais condições contratadas, conforme previsto no Certificado Individual.

25.2. **Caso haja saldo remanescente, será indenizado o o segundo beneficiário.**

26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

26.1. Qualquer alteração na apólice coletiva em vigor deverá ser realizada por meio de termo aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice coletiva que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

26.2. Qualquer alteração no Certificado Individual em vigor deverá ser realizado por meio de proposta de endosso apresentada pelo Segurado e aceita pela Seguradora.

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



27. PRESCRIÇÃO

27.1. Os prazos prescricionais incidentes sobre direitos e obrigações deste contrato de seguro são aqueles determinados em lei.

28. COMUNICAÇÕES

28.1. As comunicações do segurado somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da Seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure no Certificado Individual.

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

29. FORO

29.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

29.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso.

30 . OUVIDORIA

30.1. A Seguradora dispõe de um canal interno de comunicação direta, denominada OUVIDORIA, destinado à prevenção e solução de conflitos. Poderão recorrer à Ouvidoria todos os clientes e beneficiários não satisfeitos com as soluções dos demais canais. A Ouvidoria Itaú Unibanco funciona, também, como um meio para informar e esclarecer o cliente sobre seus direitos e obrigações de acordo com as Condições Contratuais e normas atinentes à matéria.

30.2. As reclamações/pedidos à Ouvidoria podem ser efetuadas por diversos canais:

1) Por telefone: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h.

2) Pela internet no www.itaú.com.br/atendimento

3) Por escrito, contendo no mínimo: o nome do segurado; CPF/CNPJ, ramo do seguro e/ou nome do produto; número da apólice; número do sinistro (se houver); telefone e e-mail para contato. Neste caso, deverão ser endereçadas à:



Itaú Seguros
Ouvidoria Itaú Unibanco
Caixa Postal 67.600
São Paulo – SP
CEP: 03162-971

31. SOLUÇÃO DE CONFLITOS

31.1. COMO SOLUCIONAR CONFLITOS DESTE CONTRATO – CANAIS INTERNOS – Caso você tenha alguma reclamação, a Seguradora coloca à sua disposição diversos canais internos para atendê-lo da forma mais rápida e adequada possível:

31.1.1. Central de Atendimento ao Cliente: 0800 724 2102. **SAC** (Reclamações, cancelamentos e informações públicas): 0800 724 2101. **SAC** exclusivo para deficientes auditivos ou de fala: 0800 723 2105, **Fale Conosco** no site www.itaú.com.br. Os clientes, ou seus beneficiários no caso de produtos de seguros, não satisfeitos com as soluções desses canais poderão recorrer à **Ouvidoria** da Seguradora, que é um canal destinado à prevenção e solução de conflitos: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h; pela internet www.itaú.com.br/atendimento ou pela Caixa Postal 67.600, São Paulo – SP, CEP: 03162-971.

31.1.2. A Seguradora responderá a sua reclamação dentro dos prazos regulamentares definidos para esses canais.

31.2. MEDIAÇÃO OU CONCILIAÇÃO – Caso entenda que sua reclamação não foi atendida de forma satisfatória nos canais internos de atendimento, há ainda outras formas simples de resolver seu problema. **Antes de ingressar com uma eventual ação judicial, você e a Seguradora buscarão solucionar o conflito preferencialmente por meio da mediação ou conciliação, conforme previsto na Lei nº 13.140/2015 e na Lei nº- 13.105/2015 (Novo Código de Processo Civil).**

31.2.1. Para esse procedimento, a Seguradora se compromete a atendê-lo por meio do **site www.consumidor.gov.br**, gerido pela Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON). Nesse site, você pode registrar o problema que tenha com produtos e serviços e receber atendimento diretamente da Seguradora no prazo estabelecido no site. A Seguradora também se compromete a atendê-lo para tentar solucionar o conflito por meio dos **centros de mediação ou conciliação com os quais mantenha convênio, ou nos centros judiciários de solução consensual de conflitos criados pelos tribunais**. As informações de contato do centro de mediação de sua localidade são informadas a você no momento da contratação e poderão ser obtidas a qualquer momento nos Canais de Atendimento.

31.2.2. **Importante:** a conciliação do conflito não pretende impedi-lo de buscar a via judicial tradicional, mas tem por objetivo uma solução mais rápida e eficiente para você. Você não arcará com qualquer custo administrativo perante os centros de mediação ou conciliação com os quais a Seguradora mantenha convênio ou perante os centros judiciários de solução consensual de conflitos.

32. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO



32.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado nas Condições Gerais e Especiais, por meio da Central de Atendimento da Seguradora.

32.2. Para agilizar o atendimento e resguardar o cumprimento das obrigações do presente contrato de seguro, o beneficiário do segurado ou o próprio segurado deve observar a relação mínima de documentos a serem entregues para a Seguradora em caso de sinistro:

a) Do Segurado:

- a.1) carteira de Identidade (RG);
- a.2) CPF;
- a.3) Certidão de Nascimento ou Casamento;
- a.4) Comprovante de Residência.

32.3 Deverá ser entregue ainda a seguinte documentação conforme a natureza do sinistro:

32.3.1 Em caso de Morte Qualquer Causa - MQC:

- Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
- Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- Relatório médico com laudo médico definitivo, preenchido e assinado com firma reconhecida;
- Cópia do Certificado Individual ou da última fatura do cartão de crédito na qual é cobrado o seguro.

32.3.2. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA:

- Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
- Relatório Médico com laudo médico definitivo, preenchido e assinado com firma reconhecida;
- Certidão do Boletim de Ocorrência emitido pela autoridade policial (se houver);
- Tratando-se de Acidente de Trabalho, deverá ser apresentada cópia do formulário encaminhado ao INSS;
- Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente.

32.3.3 Em caso de Perda Involuntária de Emprego – PIDE:

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

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

32.3.4. Em caso de Incapacidade Total e Temporária – ITT:

- Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia, e cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- Certidão do Boletim de Ocorrência emitido pela autoridade policial (se houver);
- Atestado de Incapacidade Temporária emitido pelo médico determinando o período de afastamento ou período de repouso absoluto, com CID, devidamente assinado e carimbado pelo médico com identificação do CRM;
- Cópia da Guia de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços);
- Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social).

32.3.4.1. A condição de incapacidade temporária poderá ser comprovada por meio de perícia realizada por médico integrante da Rede Credenciada da Seguradora, se necessário.

33. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

33.1. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro são de responsabilidade do segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias do sinistro. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

33.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil sob a forma de parcela única e em moeda corrente nacional.

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

33.4. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização será acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês calculado a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

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

33.6. Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores, a Seguradora adotará o INPC/IBGE. No caso de extinção do índice INPC/IBGE, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

33.7. Para efeito da determinação do capital segurado e da responsabilidade da Seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros:

- a. Para a cobertura de Morte Qualquer Causa, a data do falecimento;
- b. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, a data do acidente;
- c. Para a cobertura de Perda Involuntária de Emprego, a data do rompimento do vínculo empregatício (data da demissão sem justa causa pelo empregador);
- d. Para a cobertura de Incapacidade Total e Temporária, a data do atestado médico, comprovando a incapacidade para as atividades profissionais ou ocupacionais.

33.8. A data da invalidez será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

33.9. Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente seguida de Morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante destas Condições Gerais e Especiais.

33.10. As indenizações de Morte por Qualquer Causa e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se depois de pagar a 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.

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



II – CONDIÇÕES ESPECIAIS

I - COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA - MQC

1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1. Garante o pagamento do saldo devedor do compromisso financeiro assumido pelo segurado com o estipulante, vigente na data do sinistro, até o limite do capital segurado previsto no Certificado Individual, em caso de morte do Segurado por qualquer causa, ocorrida durante a vigência do seguro, observadas as Condições Gerais e Especiais.

1.2. Exclui-se desta cobertura os valores referentes a faturas em atraso.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

2.1. Todos os riscos mencionados nos itens Riscos Excluídos, Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item Prescrição das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

3. TÉRMINO DA COBERTURA

3.1. A cobertura cessará:

- a) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- b) Com o cancelamento da apólice;
- c) Quando o próprio segurado solicitar sua exclusão do grupo Segurado ou quando deixar de pagar o prêmio;
- d) Quando for indenizado o total do capital Segurado previsto para esta cobertura.



II. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

- 1.1. Garante o pagamento do saldo devedor do compromisso financeiro assumido pelo segurado com o estipulante, vigente na data do sinistro, até o limite do capital segurado previsto no Certificado Individual, caso o Segurado venha a sofrer Acidente Pessoal coberto que resulte na perda, redução ou impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão por lesão física causada pelo mencionado acidente, ocorrido durante a vigência do seguro.
- 1.2. A perda, redução ou impotência funcional definitiva total deve ser comprovada por laudo médico e sem possibilidade de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e Especiais.
- 1.3. Exclui-se desta cobertura os valores referentes a faturas em atraso.
- 1.4. Será devida a cobertura securitária após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal, que resultem em 100% (cem por cento) da:
 - a) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b) Perda total do uso de ambos os braços;
 - c) Perda total do uso de ambas as pernas;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total do uso de um dos braços e uma das pernas;
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés;
 - h) A alienação mental total e incurável.
- 1.5. A junta médica deverá ser realizada quando houver divergências do diagnóstico e o caráter da invalidez entre o médico assistente do Segurado e o médico perito da Seguradora.
- 1.6. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização não será devida.
- 1.7. Nos casos não especificados no subitem 1.4., a indenização será estabelecida tomando-se por base a incapacidade física permanente do segurado, independentemente de sua profissão.
- 1.8. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez permanente total de mais de um membro ou órgão, a indenização total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta garantia.
- 1.9. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez



permanente por acidente.

1.10. Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados, conforme previsto nas Condições Gerais.

1.11. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente Total por Acidente.

1.12. O pagamento de indenização por Perda Involuntária de Emprego ou Incapacidade Total e Temporária não compromete o cálculo de indenização de Invalidez permanente total por acidente; o valor do capital segurado se mantém, não havendo descontos de pagamentos anteriores.

1.13. Se depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, os valores de indenização já pagos para esta cobertura deverão ser deduzidos do valor do capital segurado de morte.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além de todos os riscos mencionados nas cláusulas de Riscos Excluídos, Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item Prescrição das Condições Gerais, também estão excluídos desta cobertura:

- a) Competições ilegais em veículos automotores;
- b) Lesão intencionalmente auto infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero;

3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura cessará:

- a) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- b) Com o cancelamento da apólice, exceto para os Segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e que venham a ficar permanentemente inválidos, como consequência direta do acidente, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura;
- c) Quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo Segurado ou quando deixar de pagar o prêmio;
- d) Quando for indenizado o total do capital Segurado previsto para esta cobertura.

III. COBERTURA DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO – PIDE

1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1. Garante o pagamento do saldo devedor do compromisso financeiro assumido pelo segurado com o estipulante, vigente na data do sinistro, até o limite do capital segurado previsto no Certificado Individual, caso o segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício que possuía com o empregador (demissão sem justa causa), ocorrida durante a vigência do seguro, observados os períodos de carência e franquia aplicáveis, e as Condições Gerais e Especiais.

1.2. Exclui-se desta cobertura os valores referentes a faturas em atraso e renegociação de faturas em atraso, bem como o saldo devedor que ultrapasse o limite do capital segurado contratado originalmente.

1.3. Para ter direito a esta cobertura é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador, comprovando ainda o devido registro em carteira de trabalho (profissionais liberais estão excluídos desta cobertura), bem como é necessário que o empregado tenha cumprido o Aviso Prévio ou encaminhe documento que comprove a dispensa do seu cumprimento.

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

- a) Demissão involuntária;
- b) Requerimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço com baixa no Contrato de Trabalho.

1.5. A prova do desemprego é a cópia autenticada do Termo de Rescisão Contratual e da Carteira de Trabalho devidamente atualizada.

1.6. O Segurado é elegível a essa cobertura apenas uma vez durante o período de vigência.

1.7. Para esta cobertura haverá carência mínima obrigatória de 30 (trinta) dias, podendo ser igual ou maior, a contar da data de início de vigência do seguro, constante do Certificado Individual;

1.8. Para esta cobertura haverá franquia de no mínimo 30 (trinta) dias a contar da data de ocorrência do evento ou seja, somente terá direito ao capital segurado da cobertura o segurado que permanecer desempregado por no mínimo, 30 (trinta) dias consecutivos.

1.9. Em caso de pagamento da cobertura de Incapacidade Total e Temporária, o segurado não será elegível à cobertura de Perda Involuntária de Emprego.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além do riscos mencionados nos itens Riscos excluídos, Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item Prescrição das Condições Gerais, também estão excluídos desta cobertura:

- a) Aposentadoria;



- b) **Jubilção, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;**
- c) **Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício (pedido de demissão);**
- d) **Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;**
- e) **Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;**
- f) **Demissão por justa causa do trabalhador segurado;**
- g) **Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês.**



IV. COBERTURA DE INCAPACIDADE TOTAL E TEMPORÁRIA - ITT

1. O QUE ESTÁ COBERTO

1.1 A cobertura de Incapacidade Total e Temporária substitui a cobertura de Perda Involuntária de Emprego, em caso de profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional, e em caso de pessoas que possam justificar uma atividade ocupacional, quando afastados das suas atividades ou mantidos em repouso absoluto por determinação médica, observados os períodos de carência e franquia aplicáveis.

1.2. Garante o pagamento do saldo devedor do compromisso financeiro assumido pelo segurado com o Estipulante, vigente na data do sinistro, até o limite do capital segurado previsto no Certificado Individual, caso o segurado venha a sofrer acidente coberto ou doença que o torne total e temporariamente incapaz de exercer suas atividades profissionais ou ocupacionais, respeitados os períodos de carência e de franquia, em razão de afastamento ou manutenção em repouso absoluto por determinação médica.

1.2.1. Exclui-se desta cobertura os valores referentes a faturas em atraso e renegociação de faturas em atraso bem como o saldo devedor que ultrapasse o limite do capital segurado contratado originalmente.

1.3. Para essa cobertura haverá carência mínima obrigatória de 30 (trinta) dias, podendo ser igual ou maior, a contar da data de início de vigência do seguro, constante do Certificado Individual.

1.4. Para esta cobertura haverá franquia de 15 (quinze) dias a contar da data de ocorrência do evento, ou seja, somente terá direito ao capital segurado da cobertura o segurado que permanecer afastado de suas atividades PROFISSIONAIS ou ocupacionais, ou for mantido em repouso absoluto por determinação médica, por no mínimo, 15 (quinze) dias consecutivos.

1.5. Em caso de pagamento da cobertura de Perda Involuntária de Emprego, o segurado não será elegível à cobertura de Incapacidade Total e Temporária.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nas cláusulas de Riscos Excluídos, Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item Prescrição das Condições Gerais, também estão excluídos desta cobertura:

- a) Afastamento ou repouso absoluto do segurado por período inferior a 15 (quinze) dias;**
- b) Hospitalização para Check-up;**
- c) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- d) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- e) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**



- f) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g) **Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes.**