



CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

ALFA PRESTAMISTA COLETIVO CAPITAL VINCULADO

Processo Susep nº 15414.600038/2020-44

Sumário

OUVIDORIA.....	4
DISPOSIÇÕES GERAIS	6
LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	7
1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)	8
2. OBJETIVO DO SEGURO	17
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	17
4. RISCOS COBERTOS.....	17
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	18
6. CAPITAL SEGURADO	20
7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO.....	21
8. GRUPO SEGURÁVEL	22
9. GRUPO SEGURADO.....	22
10. CRITÉRIOS PARA ADESÃO AO SEGURO	22
11. CUSTEIO DO SEGURO.....	22
12. FRANQUIA	23
13. CARÊNCIA.....	23
14. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – Proponente Estipulante.....	23
15. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO – Proponente Individual	26
16. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO COLETIVO	28
17. VIGÊNCIA DA APÓLICE	29
18. RENOVAÇÃO DA APÓLICE	29
19. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	30
20. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE	31
21. DAS OBRIGAÇÕES DA ALFA PPREVIDÊNCIA E VIDA S/A.....	32
22. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO	32
23. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO	33
24. PAGAMENTO DO PRÊMIO	34
25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	36
26. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	37
27. JUNTA MÉDICA.....	40
28. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	41
29. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	42
30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	43

31. PRESCRIÇÃO.....	43
32. FORO CONTRATUAL.....	44
CONDIÇÕES ESPECIAIS	45
COBERTURA DE MORTE.....	45
COBERTURA DE MORTE - AUXÍLIO FUNERAL.....	48
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	52
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	55
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	60
COBERTURA DE PERDA DE RENDA	67
CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	72

OUVIDORIA

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

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

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

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

QUEM PODE RECORRER?

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

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

O QUE PROCEDE?

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

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

COMO RECORRER?

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

OUVIDORIA – Alfa Seguros

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

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

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

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

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

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

QUEM É O OUVIDOR?

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas.

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

Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas.

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

QUAL A FUNÇÃO DO OUVIDOR?

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

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

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

DISPOSIÇÕES GERAIS

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Segurado, descritas na Proposta de Contratação, Apólice e Certificado do Seguro.

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

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

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

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

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

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

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

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

LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

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

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

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

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

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

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

1. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)

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

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

a. Incluem-se nesse conceito:

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

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

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

▲ **ACEITAÇÃO DO RISCO:** Ato de aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida pelo segurado ou pelo intermediário de seguros para a contratação do seguro.

▲ **AGRAVAMENTO DO RISCO:** Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo segurado.

▲ **ÂMBITO GEOGRÁFICO:** Local para a abrangência da cobertura da apólice.

▲ **APÓLICE:** Documento contratual emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

▲ **AVISO DE SINISTRO:** Documento por meio do qual o segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do segurado.

▲ **BENEFICIÁRIO:** Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

▲ **BOA-FÉ:** Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos amparados.

▲ **CAPITAL SEGURADO:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

▲ **CAPITAL SEGURADO VINCULADO:** Modalidade em que o capital segurado integral é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

▲ **CARÊNCIA:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

▲ **CLIENTE:** o proponente, o segurado, o garantido, o tomador, o beneficiário, o assistido, o titular ou subscritor de título de capitalização ou o participante de plano de previdência complementar aberta.

▲ **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** Documento contratual destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

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

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

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

▲ **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

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

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

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

▲ **CONTRATO:** Documento contratual que serve de Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e do beneficiário.

▲ **CORRETOR DE SEGUROS:** Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O intermediário de seguros responderá civilmente perante os estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos

que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, bem como, é responsável por dar ciência ao estipulante/Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela Seguradora.

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

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

▲ **DEVEDOR:** aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

▲ **DOCUMENTOS CONTRATUAIS:** apólices, bilhetes e certificados individuais de seguro, títulos de capitalização, certificados de participante, contratos coletivos e endossos.

▲ **DOENÇA OU DEFICIÊNCIA PREEXISTENTE:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento e não foram declaradas na proposta de contratação/proposta de adesão na data da contratação de seguro.

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

▲ **ENDOSSOS (OU ADITIVOS):** É o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

▲ **ENTE SUPERVISIONADO:** a sociedade seguradora ou a entidade aberta de previdência complementar.

▲ **ESTIPULANTE:** Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.

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

▲ **FORO:** Refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

▲ **FRANQUIA:** Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

▲ **FRAUDE:** Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

▲ **GRUPO SEGURADO:** Totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

▲ **GRUPO SEGURÁVEL:** Totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

▲ **INDENIZAÇÃO:** Valor que a sociedade seguradora deve pagar a o segurado ou seu(s) beneficiário(s) em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

▲ **ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES:** É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores.

▲ **INÍCIO DE VIGÊNCIA:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

▲ **INTERMEDIÁRIO:** o responsável pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, de capitalização e/ou de previdência complementar aberta, tais como o Intermediário, o representante de seguros, o correspondente de microsseguros, o distribuidor de título de capitalização, entre outros executores das atividades enumeradas nesta definição.

▲ **LAUDO MÉDICO:** Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

▲ **MÁ-FÉ:** Agir, propositadamente, de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito.

▲ **MÉDICO:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico o próprio

segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

▲ **OBJETIVO DO SEGURO:** É a designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantia.

▲ **OMISSÃO:** No seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.

▲ **PERÍODO DE VIGÊNCIA:** É o período de validade devidamente discriminado na apólice.

▲ **PRÊMIO:** Importância paga pelo segurado a seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.

▲ **PRESCRIÇÃO:** Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.

▲ **PRO RATA TEMPORIS:** Método para cálculo de prêmio de seguro com prazo inferior a um ano, efetuado com base no total de dias de vigência do mesmo.

▲ **PROPONENTE:** O interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

▲ **PROPOSTA DE ADESÃO:** Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

▲ **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** Documento legal pelo qual o estipulante solicita a sua inclusão no Seguro, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro.

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

▲ **SEGURADO:** Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

▲ **SEGURADORA:** ENTE SUPERVISIONADO, sendo a ALFA Previdência e Vida S.A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os

riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

▲ **SEGURO CONTRIBUTÁRIO:** Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade do segurado, podendo este ser pago totalmente pelo segurado ou parcialmente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▲ **APARELHO LOCOMOTOR:** conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

▲ **ATIVIDADE LABORATIVA:** qualquer atividade ou trabalho principal por meio do qual o Segurado obtenha renda.

▲ **AUXÍLIO:** ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

▲ **ATO MÉDICO:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

▲ **CARDIOPATIA GRAVE:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

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

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

▲ **CONSUMPÇÃO:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

▲ **DADOS ANTROPOMÉTRICOS:** conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

▲ **DEAMBULAR:** ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

▲ **DEFICIÊNCIA VISUAL:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

▲ **DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▲ **HÍGIDO:** saudável.

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

▲ **QUADRO CLÍNICO:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

▲ **RECIDIVA:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

▲ **REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

▲ **SENTIDO DE ORIENTAÇÃO:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

▲ **SEQUELA:** qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

▲ **TRANSFERÊNCIA CORPORAL:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. Este seguro, de caráter e modalidade de seguro de pessoas coletivo, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado para amortizar dívida contraída ou para atender a um compromisso assumido, sendo o primeiro beneficiário a empresa detentora da dívida ou do compromisso (credor), caso venha ocorrer um sinistro coberto pela apólice durante sua vigência e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas pelo Estipulante e devidamente indicadas na proposta de contratação ou adesão, nas condições contratuais e no certificado individual, desde que o evento não se enquadre como **“riscos excluídos” ou “não cobertos” pela legislação vigente.**

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se as coberturas passíveis de contratação para este seguro as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela ALFA Previdência e Vida S/A e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais para cada cobertura contratada, que farão parte integrante e inseparável do contrato:

- ▲ Morte
- ▲ Morte – Auxílio Funeral

- ▲ Morte Acidental
- ▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- ▲ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- ▲ Perda de Renda
- ▲ Distribuição de Excedentes Técnicos

4.2. As Coberturas poderão ser contratadas isolada ou conjuntamente, de acordo com a combinação e planos disponíveis comercialmente pela ALFA Previdência e Vida S/A.

4.3. Constarão da Apólice e Certificados as coberturas contratadas pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante(s) informadas na proposta de contratação e, devidamente expressas e ratificadas no Contrato emitido pela ALFA Previdência e Vida S/A, em favor do Grupo Segurado, contendo as suas particularidades, respectivos critérios de composição dos capitais segurados e demais condições contratuais aceitas pela ALFA Previdência e Vida S/A, seja para o grupo segurado como para cada segurado individualmente.

4.4. Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias coberturas, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado, a seu critério, não sendo admitida a acumulação de coberturas, exceto quando da contratação das coberturas de Morte e Morte Acidental, respeitando os seus limites máximos contratados.

4.5. PARA OS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS É PERMITIDO, EXCLUSIVAMENTE, SEJA NA CONDIÇÃO DE SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE, O OFERECIMENTO E A CONTRATAÇÃO DE COBERTURAS CUJA INDENIZAÇÃO SE DÊ SOB A FORMA DE REEMBOLSO DE DESPESAS OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, DESDE QUE A DESPESA OU SERVIÇO ESTEJAM DIRETAMENTE RELACIONADOS AO SINISTRO COBERTO.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

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

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

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

f) TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;

g) EPIDEMIAS, PANDEMIAS, EXCETO A MORTE DECORRENTE DE COVID19 E SUAS VARIANTES, ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO ASSIM DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;

h) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES, DE CARÁTER COLETIVO OU QUALQUER OUTRA CAUSA FÍSICA QUE ATINJA MACIÇAMENTE A POPULAÇÃO;

i) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA E A PRÁTICA, POR PARTE DO SEGURADO, DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI, SALVO SE DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

- j) **EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;**
- k) **PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA OU RELACIONADOS A ATO TERRORISTA, CABENDO A ENTE SUPERVISIONADA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, NÃO OBSTANTE O QUE EM CONTRÁRIO POSSAM DISPOR AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO PRESENTE SEGURO;**
- l) **INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DE REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- m) **ACIDENTES PESSOAIS SOFRIDOS ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, AINDA QUE SUAS CONSEQUÊNCIAS SURJAM DURANTE A SUA VIGÊNCIA;**
- n) **TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS RELATIVOS À OBESIDADE MÓRBIDA INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA, DOENÇAS CONGÊNITAS, ESTERILIZAÇÃO, FERTILIZAÇÃO E MUDANÇA DE SEXO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, MESMO QUANDO PROVOCADO POR ACIDENTE PESSOAL;**
- o) **CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, ACIDENTES MÉDICOS E SIMILARES E EPILEPSIA, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA COBERTO;**
- p) **PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS;**
- q) **PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.**

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado deste plano será da modalidade de capital segurado vinculado, ou seja, acompanhará o estado mensal da dívida ou compromisso, sendo alterado

automaticamente a cada amortização, sendo que o valor máximo de indenização não poderá ultrapassar o valor inicial do seguro.

6.2. O capital segurado será estabelecido na Proposta de Adesão, Proposta de Contratação e constará no Certificado Individual de Seguro, podendo ser revisto a qualquer momento, a pedido do Estipulante, Sub-estipulante e/ou do Segurado, conforme determinado no Contrato, desde que expressamente aceito pela Seguradora.

6.3. O Segurado, o Estipulante ou Sub-estipulante poderá solicitar aumento do capital segurado, mediante solicitação por escrito a ALFA Previdência e Vida S/A, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável.

6.4. Para os Segurados que atingirem a idade superior ao limite estabelecido no Contrato durante a vigência deste Seguro, não será permitido o aumento espontâneo do capital segurado contratado.

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

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

6.7. Em caso de alterações ou repactuação de prazo no contrato original com o Credor, este seguro deve ser cancelado e realizado novo seguro para atender a nova condição contratual.

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

7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

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

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

8. GRUPO SEGURÁVEL

8.1. Entende-se por grupo segurável, as pessoas que possuam alguma obrigação ou compromisso financeiro assumido junto às empresas Estipulante e/ou Sub-estipulante.

9. GRUPO SEGURADO

9.1. É o conjunto dos componentes do grupo segurável, desde que aceitos e incluídos na apólice cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas Condições Contratuais deste Seguro.

10. CRITÉRIOS PARA ADESÃO AO SEGURO

10.1. A contratação efetuada por meio de apólice coletiva se destina a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas com as quais o Estipulante possua vínculo, o qual deverá estar, de forma clara e objetiva, definido nas condições contratuais.

10.2. O Estipulante poderá manter vínculo indireto com o grupo segurado por intermédio de Sub-estipulante, para o qual se aplicam todas as disposições destas Condições Gerais e Condições Contratuais.

10.3. Este plano de seguro permite a contratação por adesão facultativa ou compulsória por parte do Grupo Segurável vinculado ao Estipulante ou Sub-estipulante, sendo que deve prevalecer apenas uma condição para o mesmo grupo segurado, caso contrário deve-se considerar planos e contratos distintos na ALFA Previdência e Vida S/A.

10.3.1. Entende-se por adesão facultativa a contratação voluntária de cada indivíduo vinculado ao Estipulante ou Sub-estipulante.

10.3.2. Entende-se por adesão compulsória a adesão involuntária das pessoas elegíveis e devidamente aceitas pela Seguradora, conforme definido em contrato firmado entre as partes.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. Para fins deste seguro e de acordo com a Proposta de Contratação, o custeio pode ser:

a. Não Contributário: é o seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante ou Sub-estipulante. Neste tipo de seguro todos os componentes do grupo segurável serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem, por escrito, contra sua inclusão no seguro.

b. Contributário: é o seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente. Neste tipo de seguro serão incluídos na apólice somente os componentes do grupo segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro por meio de preenchimento da Proposta de Adesão.

11.2. Seja qual for a modalidade de custeio escolhida, o Estipulante ou Sub-estipulante sempre será o único responsável pelo recolhimento, quando for o caso, e pela quitação dos prêmios devidos.

12. FRANQUIA

12.1. A franquia, caso seja aplicável, estará devidamente especificada nas condições contratuais e nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

13. CARÊNCIA

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

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

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

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

14. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – Proponente Estipulante

14.1. A contratação do seguro coletivo de pessoas poderá ser realizada mediante o preenchimento e a **assinatura da Proposta de Contratação ao Seguro** e documentos contratuais disponibilizados pela seguradora, por meios físico ou remoto, pelo Proponente, Estipulante e Sub-estipulante, se houver, ou seus Representantes. Sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à ALFA Previdência e Vida S/A para análise do risco coletivo proposto.

14.1.1. O Estipulante e Sub-estipulante, ao assinarem a proposta de contratação, ratificam que a Seguradora disponibilizou todas as condições contratuais do plano de seguro que propõem no momento à Seguradora, para avaliação dos riscos.

14.2. Será permitido o uso de meios remotos para emissão, envio e disponibilização, conforme o caso, de documentos relativos à contratação do produto, tais como documentos contratuais, documentos de cobrança, extratos, condições contratuais, regulamentos, materiais informativos e comunicados.

14.3. A ALFA Previdência e Vida S/A terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação e demais documentos contratuais, inclusive quando do recebimento das propostas e/ou relação de segurados, para decidir pela aceitação ou recusa da contratação do seguro coletivo proposto, de solicitação de alterações, de reabilitação de cobertura de seguro suspenso.

14.3.1. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração das condições do seguro vigente, uma única vez.

14.3.2. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 14.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento das informações adicionais realizadas pela Seguradora.

14.4. A Seguradora manifestar-se-á expressamente sobre o resultado da análise. A aceitação será comunicada de forma expressa ao cliente, por meio de documento físico ou remoto.

14.5. A emissão e o envio da apólice e demais documentos contratuais dentro do prazo de que trata o item 14.3 substituirá a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora, a qual será entregue ou disponibilizada, via meio físico ou remoto, ao Estipulante e/ou Sub-estipulante.

14.6. A ausência de manifestação da seguradora no prazo previsto no caput caracterizará a aceitação tácita da proposta de Contratação.

14.7. Havendo a não aceitação do seguro proposto, a seguradora comunicará formalmente ao cliente, ao seu representante legal ou intermediário, por meio físico ou remoto, a decisão pela recusa da proposta de contratação, com a devida justificativa.

14.7.1. Em caso de recusa da proposta de contratação, a ALFA Previdência e Vida S/A providenciará a devolução de prêmio eventualmente pago antes da data da manifestação, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

14.7.2. O valor do prêmio a ser devolvido sujeita-se à atualização monetária pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado ou outro índice que venha a substituí-lo, desde a data da formalização da recusa até a data da efetiva devolução.

14.8. Havendo inexatidão ou omissões nas declarações, ficará determinada a perda da cobertura, conforme o disposto do Código Civil Brasileiro, conforme apresentado na Cláusula 28 - Perda de direitos à indenização e os seus subitens destas condições contratuais.

14.9. Na hipótese de **transferência ou encampação** do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, devem ser mantidos no seguro os segurados titulares afastados do trabalho desde que, no momento da cotação, os mesmos tenham sido devidamente informados, bem como as causas de seus afastamentos, e aceitos pela seguradora.

14.10. Considera-se **encampação** a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

14.10.1. No caso de **encampação** de apólice de seguro pela ALFA Previdência e Vida S/A, será de responsabilidade do Estipulante e/ou Sub-estipulante, ou seu Representante fornecer a proposta de adesão preenchida pelos Segurados na empresa Seguradora Congênere, quando a ALFA Previdência e Vida S/A solicitar a qualquer momento, com a devida justificativa.

14.11. Considera-se **migração** a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

14.12. No caso de recepção de grupo de segurados, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor.

14.13. Deverá haver emissão e envio dos certificados individuais aos segurados e não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

14.14. É admitida a **dispensa do recolhimento de anuidade de três quartos do grupo segurado para migração de apólice coletiva em seguros não contributários estipulados por empregadores em favor de seus empregados desde que não haja modificação que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos. Neste caso é admitida a dispensa da proposta de adesão à nova apólice coletiva.**

15. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO – Proponente Individual

15.1. São proponentes ao seguro todos os componentes do grupo segurável, assim definidos no Contrato que se encontrem em perfeitas condições de saúde e plena atividade física, na data de início de vigência individual.

15.2. A adesão do proponente individual dar-se-á mediante o preenchimento e a assinatura por meios físico ou remoto, de Proposta de Adesão ao Seguro e documentos contratuais disponibilizados pela Seguradora, sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à ALFA Previdência e Vida S/A para análise do risco individual proposto.

15.2.1. O Contrato e as condições contratuais do seguro coletivo firmado com o Estipulante e /ou Sub-estipulante estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu Intermediário assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Contratuais do presente seguro coletivo.

15.3. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, as exigências para aceitação dos Proponentes que atenderão a política de subscrição da ALFA Previdência e Vida S/A, bem como, as condições contratuais firmadas com o Estipulante e Sub-estipulante.

15.3.1. Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis legais, e os maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por eles.

15.4. Será permitido o uso de meios remotos para emissão, envio e disponibilização, conforme o caso, de documentos relativos à contratação do produto, tais como documentos contratuais, documentos de cobrança, extratos, condições contratuais, regulamentos, materiais informativos e comunicados.

15.5. A ALFA Previdência e Vida S/A terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão e demais documentos contratuais, para decidir pela aceitação ou recusa da adesão do seguro individual proposto, de solicitação de alterações, de reabilitação de cobertura de seguro suspenso.

15.5.1. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração das condições do seguro vigente, uma única vez.

15.5.2. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 15.5 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento das informações adicionais realizadas pela Seguradora.

15.6. A Seguradora manifestar-se-á expressamente sobre o resultado da análise. A aceitação será comunicada de forma expressa ao proponente, ao Estipulante e/ou Subestipulante, ou seu Representante, por meio de documento físico ou remoto.

15.7. A emissão e o envio do certificado individual dentro do prazo de que trata o item 15.6 substituirá a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora, a qual será entregue ou disponibilizada, via meio físico ou remoto, ao Segurado.

15.8. A ausência de manifestação da seguradora no prazo previsto no caput caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão ao seguro individual

15.9. Havendo a não aceitação do seguro individual proposto, a seguradora comunicará formalmente ao proponente, ao seu representante legal ou intermediário, por meio físico ou remoto, a decisão pela recusa da proposta de adesão, com a devida justificativa.

15.9.1. Em caso de recusa da proposta de adesão, a ALFA Previdência e Vida S/A providenciará a devolução de prêmio eventualmente pago antes da data da manifestação, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

15.9.2. O valor do prêmio a ser devolvido sujeita-se à atualização monetária pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado ou outro índice que venha a substituí-lo, desde a data da formalização da recusa até a data da efetiva devolução.

15.10. Havendo inexatidão ou omissões nas declarações, ficará determinada a perda da cobertura, conforme o disposto do Código Civil Brasileiro, conforme apresentado na Cláusula 28 - Perda de direitos à indenização e seus subitens, destas Condições Contratuais.

15.11. O Segurado está obrigado a comunicar a ALFA Previdência e Vida S/A, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

15.12. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar a ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro individual ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.13. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

15.14. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão e demais documentos contratuais, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo Segurado das Condições Contratuais deste seguro.

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

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

15.17. Caso o segurado e a instituição de crédito repactuem o prazo original do contrato, a seguradora deverá ser formalmente comunicada, sendo que:

15.17.1. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente;

15.17.2. Se houver ampliação do prazo original, a seguradora terá o prazo de 15 dias para resposta quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

15.18. EM CASO DE EXTINÇÃO ANTECIPADA DA DÍVIDA OU COMPROMISSO JUNTO À INSTITUIÇÃO DE CRÉDITO, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, DEVENDO A SEGURADORA SER FORMALMENTE COMUNICADA, SEM PREJUÍZO, SE FOR O CASO, DA DEVOLUÇÃO DO PRÊMIO PAGO REFERENTE AO PERÍODO A DECORRER.

16. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO COLETIVO

16.1. É a quantidade mínima de Segurados necessária para a aceitação e a manutenção do seguro, definido nas condições contratuais e Contrato firmado entre Seguradora, Estipulante e /ou Sub-estipulante.

16.1.1. Caso, no primeiro faturamento, ou o seguro já esteja em vigor, e o número de Segurados ficar inferior ao mínimo estabelecido para a implementação ou manutenção do grupo segurado, a Seguradora reserva-se o direito de recalcular a taxa, com base no efetivo grupo segurado e na previsão de custos desta, alterando, se necessário, o prêmio do seguro

ou resolver o contrato. Não havendo a concordância do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, o seguro será cancelado, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, por escrito, pela Seguradora.

16.1.2. Quando da implantação do seguro, a Seguradora recalculará a taxa média do grupo e caso verifique mudança no perfil do grupo segurado, e conseqüentemente, acarrete uma diferença acima de 10% (dez por cento) em relação ao inicialmente proposto, caberá a Seguradora comunicar a Estipulante, Sub-estipulante ou seu Representante legal, a inviabilidade de emissão da apólice e/ou a renegociação de nova taxa média em razão do desvio apontado pela Seguradora.

16.1.3. Para os demais períodos, após início de vigência da apólice, será observado que se o recálculo da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado, exceto para as apólices de custeio não contributivo e com vínculo empregatício, conforme regulamentação vigente.

17. VIGÊNCIA DA APÓLICE

17.1. O prazo do seguro será estipulado na Apólice, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo que o prazo de vigência individual do seguro de cada Segurado será vinculado ao período da dívida ou compromisso junto à Instituição de Crédito.

17.2. O início de vigência individual poderá ser diferente do acima desde que o critério seja estabelecido no Contrato.

17.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

17.4. Em qualquer hipótese, o início de vigência individual estará condicionado à análise e aceitação pela Seguradora, devendo ser observado que estarão cobertos os eventuais sinistros que ocorrerem entre a data do pagamento do prêmio e a data de aceitação ou recusa, desde que a proposta tenha sido protocolada na Seguradora.

17.5. 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.

18. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

18.1. Na renovação da apólice deverão ser observadas:

18.1.1. Caso haja na renovação da apólice, alteração que implique em ônus, deveres ou redução de direitos aos Segurados, a concretização da renovação

dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

18.1.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na **Cláusula 29** - Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais.

18.1.3. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos.

18.1.4. A renovação automática a que se refere o **item 18.1.2** não se aplicará quando a ALFA Previdência e Vida S/A ou o Estipulante ou Sub-estipulante comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias da data final de vigência da apólice.

18.1.5. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa e, caso se enquadre na situação do **item 18.1.1** desta Cláusula, a anuência expressa deverá ser do grupo segurado.

18.1.6. Para a proposta de renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados nas Cláusulas 14 e 15 e os seus espectivos subitens destas Condições Gerais.

18.1.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a ALFA Previdência e Vida S/A a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice ou estabelecer as novas condições de renovação do seguro.

19. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

20.1. Constituem como obrigações do estipulante e Sub-estipulante:

- I. fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- II. manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- III. fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;

- IV. repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- V. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- VI. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- VII. comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- X. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

20.2. É expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-estipulante:

- I. Cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- II. Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

21. DAS OBRIGAÇÕES DA ALFA PPREVIDÊNCIA E VIDA S/A

21.1. Sem prejuízo das obrigações previstas em regulamentação vigente, ALFA Previdência e Vida S/A está obrigada a:

- I. informar aos Segurados a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-estipulante, sempre que lhe for solicitado;
- II. comunicar aos Segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante ou Sub-estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- III. prestar ao Estipulante ou Sub-estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

22. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO

22.1. As taxas do prêmio de seguro serão estabelecidas por taxa média ou única para todo o grupo segurado de acordo com as coberturas e planos contratados.

22.2. Este seguro prevê, o aumento do prêmio produzido pela atualização monetária anual do capital segurado, quando vigência anual ou plurianual.

22.2.1. Neste seguro, não se aplica o aumento decorrente do reenquadramento do prêmio por mudança de faixa etária ou por idade de cada Segurado do grupo segurado.

22.2.2. Os reajustes de taxa média por cobertura contratada serão estabelecidos nas condições contratuais.

22.3. O novo prêmio individual devido a atualização monetária será cobrado no mês posterior ao aniversário da apólice, conforme indicado na proposta de contratação e condições contratuais.

23. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

23.1. O prêmio individual poderá ser mensal ou à vista, e será o produto da taxa média pelo respectivo capital segurado, estabelecida(s) na(s) respectiva(s) Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s).

23.2. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá, anualmente, no aniversário da apólice ou com a periodicidade definida nas Condições Contratuais, recalculas as taxas e alterar o faturamento dos prêmios mensais se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados superar o de prêmios líquidos arrecadados.

23.3. Quando ocorrerem alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem a reavaliação de taxa, ou em função de desequilíbrio técnico atuarial, esta será recalculada com base no grupo segurado na data da avaliação, tomando-se por base o resultado efetivo do seguro e a previsão de custos da Seguradora para o novo período, conforme os critérios adiante descritos:

- a. **Periodicidade:** A reavaliação de taxa será efetuada de acordo com o período indicado no Contrato;
- b. **Período de Análise:** Os períodos de análise são cumulativos, ou seja, a análise do período atual deverá contemplar também as informações dos períodos anteriores, ficando limitado a uma quantidade de meses para análise indicada no Contrato.
- c. **Sinistralidade:** quando o índice do sinistro/prêmio for superior àquele indicado como limite no Contrato, e ainda não tiver findado a vigência da apólice, a taxa será reajustada de forma que a análise cumulativa do período anterior somada à previsão dos próximos períodos, totalizando um ano de vigência, leve a um índice de sinistralidade igual ou inferior ao índice limite estabelecido.

23.4. Caso seja necessário algum ajuste na taxa, a Seguradora informará ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante através de aditivo, com antecedência de 60 (sessenta) dias, e caso este não concorde expressamente, o seguro será cancelado

23.5. Caso a alteração de taxas prevista nos itens anteriores implique em ônus ou dever aos Segurados deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e recálculo previstos no contrato.

23.6. O recálculo nas taxas finais deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante.

24. PAGAMENTO DO PRÊMIO

24.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela ALFA Previdência e Vida S/A.

24.2. A ALFA Previdência e Vida S/A encaminhará o documento a que se refere o **subitem 24.1** desta Cláusula diretamente ao Estipulante, Sub-Estipulante ou seu representante legal ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 7 (sete) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

24.3. O Estipulante e Sub-Estipulante poderão optar, em comum acordo com a ALFA Previdência e Vida S/A pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.

24.4. Caso o Estipulante opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que os prêmios sejam pagos na forma mensal, nenhuma devolução de prêmio será devida.

24.5. Caso o Estipulante opte pelo pagamento de prêmios de forma anual, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

24.6. Caso o Estipulante opte por outra periodicidade de pagamento, a parcela mínima corresponderá a 1/12 (um doze avos) do prêmio anual e, no caso do período de cobertura conduzir a fração de mês, será sempre cobrado 1/12 (um doze avos) para cada fração de mês e o período de cobertura será adequado ao prêmio pago.

24.6.1. No caso de seguro com coberturas intermitentes, os prêmios poderão ser pagos em função da efetiva utilização das coberturas.

24.7. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a ALFA Previdência e Vida S/A obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

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

24.9. A ALFA Previdência e Vida S/A providenciará aviso alertando a inadimplência de parcelas e/ou faturas não pagas ao Estipulante e/ou Sub-estipulante e Corretor da Apólice.

24.10. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, caso haja cobertura, todavia, caso ocorra após o prazo de pagamento de prêmio, sem que tenha sido efetuado, a indenização não será paga, mesmo se houver cobertura.

24.11. A ALFA Previdência e Vida S/A poderá delegar ao Estipulante e/ou Sub-estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante e/ou Sub-estipulante responsável pelo pagamento nos prazos contratuais das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados por meio da rede bancária.

24.11.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada a qualquer tempo pela ALFA Previdência e Vida S/A mediante notificação por escrito ao Estipulante e/ou Sub-estipulante, com 30 (trinta) dias de antecedência.

24.11.2. Se o Estipulante e/ou Sub-estipulante deixar de recolher à ALFA Previdência e Vida S/A os prêmios de seguro contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice das coberturas dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita por parte do Estipulante e/ou Sub-estipulante, o qual estará sujeito às cominações legais.

24.11.3. O Estipulante e/ou Sub-estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados a título de prêmio do seguro qualquer valor além daquele fixado pela ALFA Previdência e Vida S/A.

24.11.4. Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante e/ou Sub-estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

24.12. Quando o seguro for contratado com autorização de consignação em folha, a ausência do repasse à ALFA Previdência e Vida S/A dos prêmios recolhidos pelo consignante não causará qualquer prejuízo ao Segurado ou respectivos clientes no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos. Cabendo à ALFA Previdência e Vida S/A adotar as medidas cabíveis para a regularização do pagamento junto ao Segurado ou Consignante.

24.12.1. Quando a forma de cobrança for desconto ou consignação em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

24.12.1.1. Os prêmios cobrados por meio de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante e/ou Sub-estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado por meio da rede bancária.

24.13. Sem prejuízo do item 24.9 desta Cláusula, incidirá(ão) ainda sobre o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pró-rata-die.

24.14. A falta de pagamento do prêmio, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará no cancelamento automático do seguro.

24.14.1. Durante os 60 (sessenta) dias mencionados no item 24.14 desta Cláusula, as coberturas previstas na apólice não ficarão prejudicadas.

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

25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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

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

25.2.1. A documentação necessária para abertura do sinistro está relacionada na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro, e deverá ser acrescida dos documentos específicos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

25.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a ALFA Previdência e Vida S/A poderá solicitar ao(s) beneficiários(s) ou segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 26 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 25.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela ALFA Previdência e Vida S/A destes documentos e informações ou esclarecimentos.

25.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 25.2 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 25.4 e 25.5 desta Cláusula, aplicados a partir

da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º dia posterior ao término do prazo previsto no subitem 25.2.

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

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

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

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

26. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

26.1.3. Documentos do Segurado:

- a)** Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil), ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b)** Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento) do segurado principal;
 - I.** Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

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

- a)** Cópia do Estatuto Social da Estipulante;
- b)** Cópia do cartão de CNPJ da Estipulante;

- c) Comprovante de endereço atual (até 60 dias do vencimento) em nome da Estipulante.

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

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

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

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

b) Se menor de 16 (dezesesseis) anos:

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

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

a) Declaração de Únicos Herdeiros: assinada por todos os herdeiros do Segurado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

b) Cônjuge:

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

c) Companheiro(a):

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

b.1) Se Segurado solteiro:

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

b.2) Segurado viúvo:

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

b.3) Segurado separado judicialmente:

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

d) Filhos maiores de 16 (dezesesseis) anos, inclusive:

- Cópia do RG, CPF (ou RIC - Registro de Identificação Civil);
- Cópia do comprovante de residência atualizado (até 60 dias do vencimento);

- i. Caso não possua comprovante de endereço em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de firma do declarante.

e) Filhos menores de 16 (dezesseis) anos:

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

f) Pais:

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

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

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

27. JUNTA MÉDICA

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

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

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

28. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

28.1. A ALFA Previdência e Vida S/A não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu Representante ou seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, além de estar o Segurado, nos seguros contributários, ou o Estipulante, nos seguros não contributários, obrigados ao pagamento do prêmio vencido.

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

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

- cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

28.1.2. O Segurado está obrigado a comunicar à ALFA Previdência e Vida S/A, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé na inobservância ao Código Civil Brasileiro.

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

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

28.2. A ALFA Previdência e Vida S/A ficará isenta do pagamento de qualquer indenização securitária caso seja constatada a omissão voluntária, por parte do Segurado, de perguntas contidas na Declaração Pessoal de Saúde quando da contratação do seguro e a ALFA Previdência e Vida S/A comprovar o conhecimento prévio do proponente.

28.3. A ALFA Previdência e Vida S/A também não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros:

- a) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o sinistro;**
 - b1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;**
- c) deixar de comunicar à Seguradora todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto em conformidade as Condições Gerais e Especiais deste seguro e, ainda, se ficar comprovado que silenciou de má fé, conforme previsto em Código Civil Brasileiro.**

29. CANCELAMENTO DO SEGURO

29.1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

29.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto da Cláusula 24 destas Condições Gerais;
- b) automaticamente, com a morte do Segurado ou de acordo com as condições especiais de demais coberturas contratadas por este seguro, devidamente previstas em contrato;
- c) mediante solicitação pelo Estipulante/Segurado à ALFA Previdência e Vida S/A;
- d) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;
- e) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Estipulante, segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- f) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio, no caso de seguro contributivo, observado o item 24.17 da Cláusula 24 destas Condições Gerais; e
- g) com a cessação do vínculo concreto do Segurado titular com o Estipulante ou Sub-Estipulante.

29.3. O pagamento de prêmios pelo Estipulante ou Segurado, de qualquer valor, à ALFA Previdência e Vida S/A após a data de rescisão não implica a reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido devidamente corrigido.

29.4. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

29.5. Durante a vigência do Seguro, a apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

30.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante, Sub-estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da ALFA Previdência e Vida S/A, respeitadas as condições Gerais e Especiais da apólice e as regulamentações vigentes do seguro.

31. PRESCRIÇÃO

31.1. Qualquer direito do Segurado com fundamento na Condição Geral, Contrato, Apólice e Certificados de Seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

32. FORO CONTRATUAL

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.

3.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice e Certificado Individual.

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

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

3.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

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

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

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

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- c) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do sinistrado no tratamento para a doença que causou o seu óbito;
- d) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

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

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

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;

- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE - AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante o reembolso das despesas de funeral, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa.

1.2. Para menores de 14 (quatorze) anos, nos termos da legislação específica, é permitida exclusivamente a contratação da cobertura de Auxílio-funeral na modalidade de reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das Notas Fiscais originais, que podem ser substituídas, a critério da ALFA Previdência e Vida S/A, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se as seguintes condições:

- a)** incluem-se entre as despesas com o funeral, as havidas com traslado; e
- b)** não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.3. Esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

2.1.2. Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

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

2.1.4. Despesas com:

- a) Traslado de Corpo;**
- b) Roupas em geral;**
- c) Anúncio em rádio ou jornal;**
- d) Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;**
- e) Xerox da documentação;**
- f) Café, bebidas, refeições em geral;**
- g) Compra de jazigo;**
- h) Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;**

- i) Lápides e/ou gravações;**
- j) Cruzes;**
- k) Reforma em geral no jazigo;**
- l) Exumação de corpo em jazigo da família;**
- m) Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;**
- n) Despesas de qualquer natureza que não sejam relacionadas diretamente com o funeral, não previstas nesta Condição Geral e Especial;**
- o) Necromaquiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamento – terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura estipulados).**

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.
- 3.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice e Certificado Individual.
- 3.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 3.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 4.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento constante na Certidão de Óbito do Segurado em caso de morte natural ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 5.1.** O pagamento desta garantia será realizado através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas.
- 5.2.** O pagamento da cobertura de Morte - Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

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

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Comprovantes originais das despesas com o Funeral;
- c) Cópia dos exames médicos realizados que tenham embasado o diagnóstico inicial da doença (anatomopatológico, radiografias, ressonâncias etc.), incluindo laudos e resultados;
- d) Declaração do médico que realizava o acompanhamento do sinistrado no tratamento para a doença que causou o seu óbito.

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

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

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;
- h) Comprovantes originais das despesas com o Funeral.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto.**

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do segurado, reiterando as inclusões e exclusões previstas nas definições gerais das condições gerais destes seguro de pessoas coletivo.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

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

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

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.

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

3.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

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

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

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

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- c) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;

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

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

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

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

1.4. No caso de Invalidez Permanente por Acidente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

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

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100

	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

1.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;

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

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

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

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

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

2.1.3. Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em

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

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 3.1.** Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.
- 3.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 3.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

- 4.1.** Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro e Certificado Individual, vigente na data do evento.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o sinistrado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva,

bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;

- c) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o sinistrado era o condutor do veículo envolvido no acidente;
- d) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente e atuais;
- h) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do sinistrado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*
- i) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

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

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais, do Contrato e

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado relativa a esta Cobertura, em caso de invalidez funcional permanente e total do próprio Segurado Titular, em consequência de doença que cause a perda da existência independente, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

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

1.3. Para fins desta garantia a Perda da Existência Independente do Segurado Sinistrado será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

1.4. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

1.4.1. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

1.4.2. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

1.4.3. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

1.4.4. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença em que configure a necessidade de expedição do termo de curatela;

1.4.5. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

1.4.6. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

1.4.7. Deficiência visual, decorrente de doença:

a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho,

com a melhor correção óptica;

c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou

d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

1.4.8. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

1.4.9. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

a) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

b) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

c) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

1.5. O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença deve ser comprovado através de parâmetros e documentos do médico-assistente do Segurado Sinistrado justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.

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

1.7. O IAIF é composto por duas Tabelas.

1.8. A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia, através de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

1.9. A segunda, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

TABELAS DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	
1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM	00

SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	
2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO

1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA

1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO,	00
--	----

CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS	
2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

2.1.3. A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

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

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

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquias. Exceto, as previstas em lei.

3.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no Contrato, na Apólice e Certificado Individual.

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

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

3.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

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

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da declaração médica determinando o início da invalidez do Segurado em caráter definitivo.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro e Certificado Individual do Segurado.

5.2. O pagamento da cobertura de a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 25

– Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

- a) Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
- b) Exames médicos realizados que embasaram o diagnóstico e de controle da patologia (atuais);
- c) Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF (modelo Alfa).
- d) Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador.*
- e) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

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

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. O pagamento de indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura.

8.2. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

8.3. As demais coberturas eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

8.4. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, esta cobertura contratada permanecerá em vigor, assim como a cobertura básica (morte) e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução

de prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE RENDA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada**, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso perda de renda coberto para os Profissionais Registrados e Profissionais Autônomos ou Liberais, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

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

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

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

a) Garante o pagamento de um valor determinado e/ou tempo determinado de parcelas da dívida, conforme indicado na Apólice de Seguro e Certificado Individual em caso de desemprego involuntário do Segurado, por vontade exclusiva de seu empregador, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado para esta garantia.

b) Somente terão direito à indenização os funcionários que comprovem ter tido vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) com a mesma empresa empregadora, num período mínimo de 12 (doze) meses e sem interrupção.

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

1.3.2. Em caso de Profissionais Autônomos ou Liberais:

a) Garante o pagamento do valor determinado na Apólice de Seguro e Certificado Individual em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente ou doença, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do Segurado exercer todas as suas atividades profissionais, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado para esta garantia.

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

c) Na ocorrência de novo sinistro por doença do Segurado, desde que ocorrido dentro do período de vigência da Apólice de Seguro e Certificado Individual, será exigido nova

comprovação deste, respeitando o prazo de e carência para que a indenização correspondente seja devida.

1.4. Alteração de situação profissional:

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

1.4.2. Ocorrendo a alteração da situação profissional de Profissional Liberal para Profissional Registrado durante a vigência do seguro, não será necessário a comprovação mínima de 12 (doze) meses de vínculo empregatício, desde que comprovado a situação de profissional liberal anteriormente ao Registro em Carteira.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

2.1.2. Em caso de Profissionais Autônomos ou Liberais:

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

Esforços Repetitivos), DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho);

h) eventos provocados intencionalmente pelo(s) beneficiário(s)

3. FRANQUIA E CARÊNCIA

3.1. Poderá ser aplicada uma franquia de no máximo 90 (noventa) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto, exceto para eventos decorrentes de acidente.

3.2. Para os Profissionais Registrados poderá existir período de carência de até 90 (noventa) dias, contado a partir do início de vigência do seguro. Este período corresponde ao espaço de tempo durante o qual o beneficiário credor, mesmo com o pagamento dos prêmios, não terá direito à indenização. As demissões ocorridas durante este período de carência não terão cobertura do seguro.

3.3. Para os Profissionais Autônomos ou Liberais e no caso de eventos decorrentes de Doença, **podrá existir período de carência de até 90 (noventa) dias,** contado a partir do início de vigência do seguro. Este período corresponde ao espaço de tempo durante o qual o beneficiário, mesmo com o pagamento dos prêmios, não terá direito à indenização.

3.4. Os períodos de franquia e carência quando aplicáveis, estarão fixados no Contrato, na Apólice e Certificado Individual.

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

4. CAPITAL SEGURO E DATA DO EVENTO

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

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

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, destinando-se à quitação das parcelas da dívida contraída ou compromisso assumido pelo Segurado, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado e na forma convencionada na Apólice de Seguro e Certificado Individual.

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

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

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 25 – Procedimentos em caso Sinistro das Condições Gerais, providenciando os

documentos básicos descritos na Cláusula 26 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de Profissional Registrado:

- a) Cópia autenticada do Termo de rescisão do contrato de trabalho assinado pelo segurado;
- b) Cópia autenticada da Carteira Profissional de Trabalho onde conste o último contrato de trabalho com a devida baixa do vínculo empregatício e da página seguinte à mesma, bem como a página de identificação e qualificação civil;
- c) Contrato do compromisso ou dívida;
- d) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

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

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

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

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

- a) Laudo do primeiro atendimento médico com descrição detalhada dos diagnósticos apresentados e procedimentos realizados;
- b) Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;

- c) Cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro) ou outro documento que comprove a condição de autônomo do segurado;
- d) Contrato do compromisso ou dívida;
- e) Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. OBJETIVO

1.1. A presente cláusula tem por objetivo estabelecer facultativamente as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos Segurados do grupo, quanto este último participar parcialmente ou integral dos prêmios pagos, dos resultados técnicos da apólice.

1.2. Entende-se por Excedente Técnico o eventual saldo positivo, apurado pela diferença entre as receitas e as despesas durante o período de vigência da Apólice.

1.3. Quando for aplicável, a presente cláusula estará fixada nas Condições Contratuais.

1.4. A participação no Excedente Técnico está condicionada a que a apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, uma média mínima mensal de 500 (quinhentos) Segurados Principais.

2. DATA DA APURAÇÃO

2.1. A distribuição de excedente técnico a que se refere estas Condições Especiais será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar do pagamento da última parcela do prêmio, vedado qualquer adiantamento a título de lucros, resultado ou excedente técnico.

2.2. A ALFA Previdência e Vida S/A não efetuará o pagamento de distribuição de excedente técnico, se houver resultado, em caso da apólice seja transferida ou encampada por outra Seguradora.

3. DA DISTRIBUIÇÃO

3.1. A distribuição de Excedentes Técnicos será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento.

3.2. Constará nas Condições Contratuais e Apólice de Seguro o percentual de distribuição acordado.

3.3. Serão deduzidos do Excedente Técnico no ato de seu pagamento todos os impostos ou taxas que por lei a ALFA Previdência e Vida S/A for obrigada a recolher.

3.4. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, desde:

- a) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) o aviso à ALFA Previdência e Vida S/A para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração;
- e) outras datas estabelecidas nas Condições Especiais da apólice.

4. RECEITAS

4.1. Consideram-se como receitas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- a)** Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice efetivamente pagos;
- b)** Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c)** Recuperação de sinistros pagos pelo Ressegurador
- d)** Estorno de provisão do IBNR contabilizado no exercício anterior.

5. DESPESAS

5.1. Consideram-se como despesas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- a)** as comissões de corretagem pagas durante o período;
- b)** as comissões de agenciamento pagas durante o período;
- c)** as comissões de pró-labore pagas durante o período;
- d)** os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
- e)** o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se de uma vez os sinistros com pagamento parcelado;
- f)** valor destinado à constituição da Provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados (IBNR- Incurred But Not Reported) conforme percentual acordado na apólice para o período;
- g)** despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
- h)** eventuais pagamentos de serviços terceirizados nas apurações de sinistros ou serviços prestados aos Segurados quando contratados pela ALFA Previdência e Vida S/A;
- i)** o valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;
- j)** prêmios pagos ao ressegurador no período;
- k)** os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
- l)** as despesas efetivas de administração da seguradora de acordo com o estabelecido no contrato; e
- m)** outras despesas extraordinárias, previstas em contrato e acordadas previamente entre as partes.

6. SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS

6.1. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser respectivamente proporcional ou integralmente destinado ao Segurado,

podendo ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na apólice.

6.2. Será incluído no Certificado Individual a informação da forma que o Segurado terá direito ao excedente técnico da apólice;

6.3. A importância destinada aos Segurados será entregue ao Estipulante, com os respectivos demonstrativos das apurações, contra recibo e mediante pagamento em conta corrente do Estipulante ou cheque nominativo de emissão da ALFA Previdência e Vida S/A ou ordem de pagamento no domicílio ou praça do mesmo.

6.4. O Estipulante assumirá a responsabilidade em efetuar o repasse do resultado aos Segurados, proporcionalmente ao custeio do seguro, estabelecido nas condições contratuais.

7. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

7.1. Para cumprimento dos itens tratados nesta Cláusula, fica condicionado que:

7.1.1. O grupo segurado tenha média mínima mensal de 500 (quinhentos) segurados titulares no período de apuração da apólice;

7.1.2. Seja cumprido o período de vigência e de pagamento integral da apólice;

7.1.3. A apólice seja renovada na ALFA Previdência e Vida S/A.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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