

SEGURO HABITACIONAL

Condições Contratuais

Versão 1.1

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.901511/2014-60

ÍNDICE

SEGURO HABITACIONAL EM APÓLICES DE MERCADO – SH/AM – V1.1	4
1. OBJETO DO SEGURO	4
2. COBERTURAS.....	4
3. SEGURADOS	4
4. ACEITAÇÃO DO SEGURO	4
5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	5
6. AVISOS, COMUNICAÇÕES E ALTERAÇÕES DE CONTRATO	6
7. ESTIPULANTE.....	6
8. LIMITES (LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA POR COBERTURA CONTRATADA)	7
9. RISCOS COBERTOS	7
10. RISCOS COBERTOS PARA COBERTURA DE MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURADO	7
11. RISCOS COBERTOS PARA COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL.....	9
12. RISCOS EXCLUÍDOS.....	10
13. RISCOS EXCLUÍDOS ESPECÍFICO PARA A COBERTURA DE MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURADO.....	10
14. RISCOS EXCLUÍDOS ESPECÍFICOS PARA A COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL	11
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	12
16. AVERBAÇÕES E CONTAS MENSAS	13
17. TIPO DE APÓLICE E FORMA DE CONTRATAÇÃO	13
18. AVISO DE SINISTRO	13
19. PROVAS E DOCUMENTOS DO SINISTRO	14
20. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	14
21. CRITÉRIOS PARA INDENIZAÇÃO	15
22. CRITÉRIOS PARA INDENIZAÇÃO – MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE.....	16
23. CRITÉRIOS PARA INDENIZAÇÃO – DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL	17
24. PREJUÍZOS INDENIZÁVEIS	17
25. SALVADOS	18
26. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES – COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL.....	18
27. PERDA DE DIREITOS	18
28. REAJUSTE AUTOMÁTICO DE VALORES – DFI.....	19
29. INSPEÇÃO.....	19
30. SUB-ROGAÇÃO	19
31. CESSÃO DE DIREITOS	20
32. CANCELAMENTO/RESCISÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	20
33. RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	20
34. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE	20
35. CANCELAMENTO E MODIFICAÇÃO DA APÓLICE	20
36. DIREITO DE CONTROLE	21
37. REENQUADRAMENTO DAS TAXAS.....	21
38. BENEFICIÁRIOS MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE (MIP) E DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL (DFI).....	22
39. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	22
40. CARÊNCIA.....	22
41. PRESCRIÇÃO.....	22
42. FORO.....	22

43. INFORMAÇÕES GERAIS	23
44. DEFINIÇÕES (GLOSSÁRIO)	23
OUVIDORIA	29

SEGURO HABITACIONAL EM APÓLICES DE MERCADO – SH/AM – V1.1**1. OBJETO DO SEGURO**

- 1.1. O presente seguro tem por objeto garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento de uma indenização ao beneficiário, no caso de ocorrência dos riscos descritos nas(s) cobertura(s) contratadas, e em vigor na data da ocorrência do evento, relacionada(s) a todas à linha de crédito imobiliário residencial contratado junto ao Estipulante, **até o Limite Máximo da Garantia contratada, respeitadas as condições contratuais, os riscos expressamente excluídos e a vigência do seguro.**
- 1.2. As coberturas têm por finalidade a quitação de dívida do segurado junto ao Estipulante, correspondente ao **saldo devedor a vencer**, a partir da data da caracterização do evento coberto, relativo à aquisição ou construção de imóvel, em geral, **e/ou** a reposição do imóvel, na ocorrência de sinistro coberto, **conforme a cobertura contratada.**
- 1.3. Para efeito deste contrato, também será admitida à cobertura para linhas de crédito destinadas a imóveis na planta, respeitada a previsão do item 2.1 alínea “a”.

2. COBERTURAS

- 2.1. Consideram-se garantidas as coberturas definidas na apólice/certificado, relacionadas a todas as operações de crédito imobiliário vinculadas ao Estipulante, **sendo obrigatória a contratação da cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MIP) para todas as linhas de crédito imobiliário e cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), conforme critério abaixo:**
 - a) **Para aquisição de imóvel na planta**, a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) **será obrigatória a partir da liberação da certidão do “habite-se” do imóvel**, não sendo possível a contratação da cobertura antes da apresentação do referido documento;
 - b) **Para as demais aquisições será obrigatória a contratação de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) junto com a contratação da cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MIP).**

3. SEGURADOS

- 3.1. Somente são admitidos como Segurados, pelo prazo total de financiamento, as pessoas físicas e/ou jurídicas aceitas pela Seguradora, desde que vinculadas às operações de crédito imobiliário destinadas a aquisição de imóveis, inclusive na planta e em construção, contratados com o Estipulante, **e cuja soma da idade, em anos completos, somado ao prazo da operação de crédito imobiliário contratada junto ao Estipulante (e eventuais renegociações), não ultrapasse os 80 (oitenta) anos 6 (seis) meses de idade**, obedecidas as normas de subscrição da Seguradora.
 - 3.1.1. Serão admitidos Segurados **Pessoa Jurídica** apenas na contratação de **Danos Físicos ao Imóvel (DFI)**. Para a contratação de **Morte e Invalidez Permanente (MIP)**, apenas os **sócios/proprietários** de Empresas serão admitidos como Segurados **Pessoa Física**.
- 3.2. Fica admitida a inclusão nesta apólice de pessoas físicas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, cuja soma da idade, na data da contratação da operação de crédito imobiliário, com o prazo de amortização ultrapassar 80 (oitenta) anos e 6 (seis) meses, desde que a quantidade total dos imóveis, objeto das operações realizadas com financiados nesta mesma faixa etária e condições, não ultrapasse 3% (três por cento) do total dos imóveis averbados na apólice.

4. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 4.1. O prazo da Seguradora para analisar o risco e decidir sobre a aceitação da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, que deverá ser preenchida e assinada de próprio punho pelo proponente, e recebida sob protocolo ou por meio eletrônico, seja no caso de seguros novos, seja no caso de renovações, é de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do seu recebimento na Seguradora.
- 4.2. **A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 4.3. A contratação do seguro se formalizará após a aceitação do risco pela Seguradora, que será avaliado por meio do preenchimento da proposta de adesão e declaração pessoal de saúde pelo proponente. A Seguradora tem o prazo de até 15 (quinze) dias, contados a partir do protocolo da proposta de adesão na Seguradora, para decidir sobre a aceitação ou recusa do risco. No caso de recusa, será comunicado ao proponente, por escrito, com a devida justificativa.
- 4.4. Na Proposta de Adesão e na Declaração Pessoal de Saúde deverão ser prestadas pelo proponente todas as informações de qualquer modo relacionadas ao risco e que permita à Seguradora avaliar as condições para

aceitação ou recusa da inclusão do proponente no âmbito da apólice contratada, ficando expressamente declarado pelas partes que quaisquer omissões ou declarações inverídicas poderão determinar à recusa da Proposta de Adesão ou a perda do direito à garantia, além da obrigação quanto ao pagamento do prêmio vencido, consoante o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

- 4.5. O prazo previsto no item 4.1 será suspenso quando a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a tomada de decisão, a partir do momento em que ela formalmente solicitar do Proponente por intermédio do Estipulante a apresentação de novos documentos ou informações:
 - 4.5.1. Caso o Segurado seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 4.1;
 - 4.5.2. Caso o Segurado seja pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, desde que a Seguradora indique os fundamentos para tal pedido;
 - 4.5.3. Para os casos previstos em 4.5.1 e 4.5.2 a contagem do prazo de 15 (quinze) dias, uma vez suspenso, voltará a correr a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que se verificar a entrega de toda a documentação complementar **à Seguradora.**
- 4.6. **Exclusivamente para a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), havendo adiantamento do valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio de seguro, respeitado o disposto no item 2.1,** em caso de recusa da Proposta de Adesão do contrato dentro do prazo previsto no item 4.1, a cobertura do seguro prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o proponente tiver conhecimento formal da recusa, com a devida justificativa.
- 4.7. **No caso de recusa da Proposta de Adesão do contrato, onde já tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, do valor pago, será deduzido o prêmio correspondente na base “pró-rata-temporis” ao período em que prevaleceu a cobertura, e a diferença restituída ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados após a formalização da recusa.**
- 4.8. **O prêmio a que se refere o item 4.7 será atualizado monetariamente pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurado entre o último índice publicado antes da formalização da recusa e aquele publicado na data imediatamente anterior à data da efetiva devolução do prêmio.**
- 4.9. Na hipótese de extinção do índice pactuado no item 4.8, deverá ser utilizado o índice que vier a ser determinado pela legislação em vigor.
- 4.10. **Além da atualização monetária, prevista no item 4.8, ocorrerá à aplicação de juros moratórios de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês, calculados “pró-rata-temporis”, contados a partir do primeiro dia útil após o término do prazo fixado para a devolução do prêmio sobre o valor a ser restituído ao Segurado.**
- 4.11. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto no item 4.1, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão.
- 4.12. A emissão do Certificado Individual será feita em até 15 (quinze) dias corridos contados da data da aceitação da respectiva Proposta de Adesão.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 5.1. O Certificado Individual terá início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim indicadas, respeitado o prazo estabelecido no contrato de operação de crédito, firmado entre o Segurado e o Estipulante.
- 5.2. **Para os contratos de operação de crédito assinados em data anterior ao início da vigência da Apólice, e desde que tenha sido aceita a inclusão da operação, a responsabilidade da Seguradora terá início após a aceitação da proposta, observado o disposto no item 4 – Aceitação do Segurado destas Condições Gerais.**
- 5.3. Havendo adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência será a partir da data da recepção da Proposta de Seguro pela Seguradora.
- 5.4. Não havendo pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Seguro, o início de vigência dar-se-á a partir do dia da sua aceitação pela Seguradora, ou outra data distinta devidamente acordada entre as partes.
- 5.5. Caso o segurado e o Estipulante repactuem o prazo original do contrato de operação de crédito, **deverá ser observado que:**
 - a) se houver redução do prazo original, permanecerá a garantia do seguro até o término do novo prazo, com devolução do prêmio correspondente ao período remanescente, se for o caso;

b) se houver ampliação do prazo original, a Seguradora deverá ser consultada, por escrito, quanto ao interesse na manutenção do seguro, mediante nova proposta.

5.5.1. Respeitado o disposto no item 5.3, a responsabilidade da seguradora finda ao término do prazo de vigência do seguro, ou quando da extinção da dívida, o que ocorrer primeiro.

6. AVISOS, COMUNICAÇÕES E ALTERAÇÕES DE CONTRATO

- 6.1. O contrato somente poderá ser alterado mediante proposta escrita assinada pelo proponente, seu legítimo representante legal ou por corretor de seguros habilitado. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco e deverá ser encaminhada à Seguradora por intermédio do Estipulante. Caberá à Seguradora fornecer protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 6.2. O prazo da Seguradora para analisar e decidir sobre a proposta de alteração, e, emissão o documento de alteração do contrato, será o mesmo previsto na cláusula 4ª – Aceitação do Segurado destas condições.

7. ESTIPULANTE

7.1. O Estipulante da apólice é a pessoa jurídica que realiza a operação de crédito, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

7.1.1. Constituem obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- h) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, da ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) Informar o nome da Seguradora, bem como o percentual de participação, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

7.1.2. Constituem vedações ao estipulante:

- a) Cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia e expressa anuência da Seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- c) Vincular a contratação de seguros a quaisquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos;
- d) Promover qualquer modificação que implique em ônus ou dever para os segurados, inclusive rescindir o contrato durante sua vigência sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

- 7.1.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, à critério da sociedade seguradora, e sujeita o estipulante ou subestipulante às cominações legais.
- 7.1.4. Qualquer modificação ocorrida na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 7.1.5. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante, sempre que solicitado.
- 7.1.6. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

8. LIMITES (LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA POR COBERTURA CONTRATADA)

- 8.1. Os limites previstos para este seguro estão definidos para Danos Físicos ao Imóvel (DFI) e risco de Morte e Invalidez Permanente (MIP) na apólice/certificado, respeitado o contrato de operação de crédito firmado entre Estipulante e Segurado.
- 8.2. O limite máximo de garantia correspondente à cobertura dos riscos de Morte e Invalidez Permanente (MIP) consistirá, a cada mês, do valor do saldo devedor da operação de crédito imobiliário, consideradas pagas todas as prestações vencidas.
- 8.3. O limite máximo de garantia correspondente à cobertura dos riscos de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) consistirá, a qualquer tempo:
 - 8.3.1. Do valor da avaliação inicial do imóvel, que serviu de base para a operação de crédito imobiliário, devidamente atualizado, com base no índice convencionado na apólice/certificado.
 - 8.3.1.1. O índice convencionado no contrato de seguro deverá ser igual ao estabelecido no contrato de operação de crédito imobiliário.
 - 8.3.1.2. No caso de contrato de operação de crédito imobiliário sem previsão de cláusula de atualização, o valor de avaliação inicial do imóvel será atualizado com base no índice e periodicidade definidos na apólice/certificado.
- 8.4. O Segurado poderá, através de solicitação de endosso, propor a alteração do limite da garantia contratualmente previsto, ficando a critério da Seguradora a aceitação ou recusa da proposta de alteração, observado o disposto no item 6 – Avisos, Comunicações e Alterações de Contrato destas Condições Gerais.

9. RISCOS COBERTOS

- 9.1. Para fins deste seguro, consideram-se Riscos Cobertos aqueles especificados na apólice/certificados, definidos e particularizados nas condições contratuais, desde que não se enquadrem em nenhuma das hipóteses de exclusão de cobertura ou perda de direitos previstos nas disposições da apólice.

10. RISCOS COBERTOS PARA COBERTURA DE MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURADO

- 10.1. **Cobertura de Morte, Natural ou por Acidente do Segurado (MNA):** É a garantia do pagamento do saldo devedor, ao beneficiário do seguro, limitado ao capital segurado contratado, no caso de morte natural ou acidental do Segurado, observadas as condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**
 - 10.1.1. **Considera-se como Morte Natural a decorrente de causas naturais, não acidentais, desde que não se trate de risco expressamente excluído.**
 - 10.1.2. **Considera-se como Morte Acidental a decorrente de Acidente pessoal coberto, desde que não se trate de risco expressamente excluído.**
- 10.2. **Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença ou Acidente (IPTDA):** É a garantia do pagamento do saldo devedor apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado vigente, em caso de caracterização de incapacidade total e definitiva do segurado, para o exercício da ocupação principal, consequente de doença ou acidente, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e observados o estabelecido nas Condições Contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**
 - 10.2.1. A invalidez permanente será avaliada com base na impossibilidade do segurado ao exercício da sua atividade laboral principal.

- 10.2.1.1.** Considera-se atividade laboral principal aquela através do qual o segurado obteve maior renda, dentro do exercício anual imediatamente anterior, contado da data da ocorrência do sinistro.
- 10.2.1.2. Nos casos em que o segurado não exercer qualquer atividade laboral considerar-se-á coberto, além do risco de morte, o risco de invalidez permanente causada por acidente pessoal ou doença, que determine a incapacidade total e permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laboral.**
- 10.2.2.** A invalidez permanente do segurado poderá ser comprovada, a exclusivo critério da Seguradora, por meio de perícia médica no segurado, às expensas da Seguradora.
- 10.2.3.** Considera-se como Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha por consequência direta a morte do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico, observando-se que:
- a) Incluem-se nesse conceito:**
- i. o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;**
 - ii. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;**
 - iii. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
 - iv. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e**
 - v. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.**
- b) Excluem-se desse conceito:**
- i. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
 - ii. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas 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, definido nesta cláusula.**
- 10.2.4.** Considera-se Invalidez Permanente Total por Doença ou Acidente aquela que, após conclusão do tratamento, não pode se esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine **a perda total do uso de um membro ou órgão relacionado abaixo:**
- a) Visão de ambos os olhos;**
 - b) Ambos os membros superiores;**
 - c) Ambos os membros inferiores;**
 - d) Ambas as mãos;**
 - e) Ambos os pés;**
 - f) Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;**
 - g) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;**
 - h) Alienação mental, total e incurável, devendo ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador;**
 - i) Nefrectomia Bilateral.**

10.2.4.1. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão constante da relação do item 10.2.3, a indenização não poderá exceder ao capital segurado contratado.

10.2.4.2. A perda ou redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

10.2.4.3. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente total por acidente.

10.2.5. A invalidez permanente será caracterizada quando da alta médica definitiva.

10.2.6. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

10.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:

a) Para o Evento Morte: a data do falecimento;

b) Para o Evento Invalidez Permanente Total por Acidente: a data do acidente;

c) Para o Evento Invalidez Permanente Total por Doença: a data informada na declaração médica.

10.4. Nos casos em que o segurado se encontrar em gozo de benefício previdenciário de invalidez somente poderá ser contratado a cobertura para o risco de morte.

10.5. As indenizações pelas coberturas de Morte e/ou Invalidez Permanente não se acumulam.

10.6. Não haverá cobertura para os riscos de Morte e Invalidez Permanente (MIP) decorrentes e/ou relacionados à doença manifesta em data anterior à assinatura do contrato de operação de crédito, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de seguro e/ou declaração pessoal de saúde, bem como decorrentes de eventos comprovadamente resultantes de acidente pessoal, ocorrido em data anterior à da assinatura do referido contrato.

10.7. Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores referente ao(s) prêmio(s) do seguro eventualmente pago(s) após essa data, devidamente atualizado(s) monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 22^a – Liquidação e Indenização do Sinistro, das Condições Gerais.

11. RISCOS COBERTOS PARA COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL

11.1. A cobertura dos riscos da apólice compreende os prejuízos sofridos pelo imóvel segurado, construído ou em fase de construção, **inclusive ao material existente no canteiro de obras, desde que devidamente comprovado**, por danos materiais diretamente resultantes de:

a) **Incêndio;**

b) **Explosão de qualquer natureza e origem;**

c) **Queda de raio:** desde que dentro do terreno ocupado pelo imóvel segurado e que haja vestígios inequívocos que caracterizem o local de impacto e o curso da descarga elétrica;

d) **Vendaval;**

e) **Desmoronamento**, seja ele:

i. Total; ou

ii. Parcial, assim entendido quando somente houver desmoronamento de parede ou de qualquer elemento estrutural (coluna, viga, laje de piso ou de teto), não sendo considerado o simples desabamento de revestimentos, marquises, beirais, acabamentos, efeitos arquitetônicos, telhas e similares; ou;

iii. Ameaça de desmoronamento, desde que caracterizada como risco iminente por meio de notificação da Defesa Civil, ou na falta desta, do órgão ou autoridade competente do município do imóvel objeto deste seguro;

f) **Inundação – a resultante de aumento de volume de águas de rios e canais;**

g) **Alagamento, causado por:**

i. entrada de água no imóvel, proveniente de aguaceiro, tromba d'água ou chuva, seja ou não consequente da obstrução ou insuficiência de esgotos, galerias pluviais, desaguadouros e similares;

ii. enchentes;

iii. água proveniente de ruptura de encanamentos, canalizações, adutoras e reservatórios, desde que não pertençam ao próprio imóvel segurado, nem ao edifício ou conjunto do qual seja o imóvel parte integrante.

h) Destelhamento – o causado por ventos ou granizo.

12. RISCOS EXCLUÍDOS

12.1. Este seguro não garante, em qualquer hipótese, os riscos, prejuízos ou gastos que se verificarem em decorrência, direta ou indireta, de:

- a) Atos de hostilidade ou de guerra, rebelião, insurreição, revolução, motim, confisco, nacionalização, destruição ou requisição decorrentes de qualquer ato de autoridade de fato ou de direito, civil ou militar, e, em geral, todo ou qualquer ato ou consequência dessas ocorrências, bem como atos praticados por qualquer organização cujas atividades visem a derrubar pela força o governo ou instigar a sua queda, pela perturbação de ordem política e social do país, por meio de guerra revolucionária, subversão e guerrilhas, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) Atos terroristas, cabendo à Seguradora, neste caso, comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- c) Qualquer perda ou destruição ou dano de quaisquer bens materiais ou qualquer prejuízo ou despesa emergente, ou qualquer dano consequente de qualquer responsabilidade legal de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por, resultantes de ou para os quais tenham contribuído fissão nuclear, radiações ionizantes, contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, resíduos nucleares, ou materiais de armas nucleares;
- d) Qualquer prejuízo, dano, destruição, perda e/ou reclamação de responsabilidade, de qualquer espécie, natureza ou interesse, desde que devidamente comprovado pela Seguradora, que possa ser, direta ou indiretamente, originado de, ou consistirem em falha ou mau funcionamento, de qualquer equipamento e/ou programa de computador e/ou sistema de computação eletrônica de dados em reconhecer e/ou corretamente interpretar e/ou processar e/ou distinguir e/ou salvar qualquer data como a real e correta data de calendário, ainda que continue a funcionar corretamente após aquela data; qualquer ato, falha, inadequação, incapacidade, inabilidade ou decisão do Segurado ou de terceiro, relacionado com a não utilização ou não disponibilidade de qualquer propriedade ou equipamento de qualquer tipo, espécie ou qualidade, em virtude do risco de reconhecimento, interpretação ou processamento de datas de calendário. Para todos os efeitos, entende-se como equipamento ou programa de computador os circuitos eletrônicos, micro chips, circuitos integrados, microprocessadores, sistemas embutidos, hardwares (equipamentos computadorizados), softwares (programas residentes em equipamentos computadorizados), programas, computadores, equipamentos de processamento de dados, sistemas ou equipamentos de telecomunicações ou qualquer outro equipamento similar, sejam eles de propriedade do Segurado ou não;
- e) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo, praticados pelo estipulante, segurado, pelos beneficiários ou representante legal de qualquer das partes. No caso de pessoa jurídica, incluem-se os atos praticados por seus sócios, controladores, dirigentes e administradores, bem como seus respectivos representantes.

13. RISCOS EXCLUÍDOS ESPECÍFICO PARA A COBERTURA DE MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURADO

13.1. Em complemento ao item 12 – Riscos Excluídos, este seguro não responde pelos eventos que se verificarem em consequência:

- a) Lesões ou doenças preexistentes à contratação do seguro, que sejam de conhecimento do Segurado ou que o obriguem a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento de forma continuada ou tratamento em regime hospitalar em período cujos efeitos persistam até a data de contratação do seguro e que não tenham sido declaradas na proposta de adesão;
- b) Da tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências, ocorridos antes de completados dois anos ininterruptos do início da respectiva cobertura individual de cada Segurado, ou da sua recondução depois de suspenso, ou ainda, do aumento do capital segurado, cuja exclusão somente será aplicada em relação ao capital segurado aumentado;
- c) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- d) Doenças causadas intencionalmente pelo próprio Segurado;

- e) Condução de veículo sem a adequada habilitação;
- f) A morte ou a invalidez total e permanente decorrente de complicações decorrentes de cirurgia plástica com finalidade estética ou embelezadora;
- g) A morte ou a invalidez total e permanente decorrente de cirurgia para mudança de sexo;
- h) A morte ou a invalidez total e permanente decorrente de automutilação e/ou ferimentos causados intencionalmente pelo segurado;
- i) Epidemias e Pandemias, declaradas por órgão competente.

14. RISCOS EXCLUÍDOS ESPECÍFICOS PARA A COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL

14.1. Em complemento ao item 12 – Riscos Excluídos não responderão pelos prejuízos que se verificarem em decorrência, direta ou indireta, de:

- a) Má utilização, falta de conservação e desgaste pelo uso do imóvel;
- b) Vício intrínseco, quer declarado ou não pelo Segurado ou Estipulante, entendido como o defeito próprio da coisa segurada que se não encontra normalmente em outras da mesma espécie, conforme definição do art. 784 do Código Civil, bem como, vício ou defeito de construção, de responsabilidade do construtor do imóvel, ocorrido durante ou após o período a que se refere o artigo 618 do Código Civil;
- c) Erros de projeto ou de infração às normas pertinentes à matéria;
- d) Atos de autoridade pública, salvo para evitar propagação de danos cobertos por este contrato de seguro;
- e) Desapropriação permanente ou temporária decorrente de confisco, nacionalização, intimação ou requisição por ordem de qualquer autoridade legalmente constituída;
- f) Roubo, furto qualificado, furto simples, desaparecimento inexplicável e simples extravio, saque, extorsão simples, extorsão mediante sequestro, extorsão indireta, apropriação indébita e estelionato atribuíveis a qualquer autoria, incluindo os materiais de construção, ainda que resultantes de risco coberto;
- g) Danos causados por poluição, contaminação e vazamento, ou pela ação constante de temperatura, vapores, umidade, infiltrações, gases, fumaça e vibrações;
- h) Danos emergentes de qualquer natureza, considerando-se como emergentes as avarias, perdas, danos e despesas não relacionadas diretamente com a reparação ou reposição dos bens/interesses Segurados, tais como, entre outros: lucros cessantes e lucros esperados, perda de receita, responsabilidade civil, inutilização ou deterioração de matéria prima e materiais de insumo, multas, juros e outros encargos financeiros;
- i) Reparos, substituições e reposições normais, exceto quando decorrente de riscos cobertos;
- j) Perda ou dano pelo qual o fornecedor ou o construtor é responsável perante o Segurado por lei ou contrato;
- k) Perda ou dano direta ou indiretamente causado por fuligem e/ou substâncias agressivas;
- l) Curto circuito, sobrecarga, fusão ou outros distúrbios elétricos e eletrônicos causados aos dínamos, alternadores, motores, transformadores, condutores, chaves e demais acessórios elétricos, salvo se ocorrer incêndio, caso em que serão indenizáveis somente os prejuízos causados pelo incêndio consequente;
- m) Desgaste pelo Uso.

14.2. Entende-se por desgaste pelo uso os danos verificados exclusivamente em razão do decurso do tempo e da utilização normal do imóvel, ainda que cumulativamente, a:

- a) Revestimentos;
- b) Instalações elétricas;
- c) Instalações hidráulicas;
- d) Pintura;
- e) Esquadrias;
- f) Vidros;
- g) Ferragens; e
- h) Pisos.

- 14.3. Não obstante o disposto na alínea “I” do item 14.1, a Seguradora se obriga a indenizar os prejuízos causados aos bens relacionados no item 14.2, sempre que sofrerem danos provocados por extensão de riscos incidentes nas demais partes do imóvel.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1. O prêmio mensal será calculado multiplicando-se a taxa correspondente pelo seguinte valor:
- Cobertura de MIP:** Valor de Operação de crédito (Saldo Devedor).
 - Cobertura de DFI:**
 - Imóvel em construção:** o valor pelo qual foi contratada a construção, sem inclusão dos valores de custo do terreno, do projeto, de urbanização e infra-estrutura.
 - Nas demais operações:** o valor de avaliação do imóvel segurado
- 15.2. O pagamento do prêmio deverá ser efetuado até a data prevista para esse fim no documento de cobrança, o qual será encaminhado pela Seguradora diretamente ao Estipulante que repassará ao Segurado ou seu representante legal ou, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis em relação à data do seu respectivo vencimento.
- 15.3. Em caso de apólice com averbação, o não pagamento de uma averbação poderá acarretar a proibição de novas averbações, porém os bens referentes aos prêmios já pagos continuam com cobertura até o fim de vigência previsto na apólice/certificado.
- 15.4. Se não houver expediente bancário no dia do vencimento previsto no documento bancário, o pagamento do prêmio deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.
- 15.5. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo fixado para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 15.6. **Configurada a falta de pagamento do prêmio do seguro nos prazos estipulados serão considerados os seguintes critérios:**
- Quando se tratar de apólice com parcela única ou de fatura mensal de apólice de averbação ou da primeira parcela de seguro com prêmio fracionado:
 - Cancelamento automático da apólice ou da fatura, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, e, havendo prêmio a ser pago por risco decorrido, poderá o mesmo vir a ser cobrado na forma da legislação em vigor, calculado “pro rata die”, até o efetivo pagamento, conforme legislação vigente, incidente sobre o total da dívida, sem prejuízo do ressarcimento das despesas que a Seguradora tiver de arcar para o recebimento de seu crédito.**
 - Quando se tratar de seguro com prêmio fracionado, configurado o não pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base a Tabela de Prazo Curto a seguir.

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	240/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

- 15.7. Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.
- 15.8. A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado de acordo de com a tabela acima de prazo curto.
- a) O atraso no pagamento do prêmio do seguro acarretará no acréscimo de encargos equivalentes à variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, bem como de juros moratórios, sobre o valor do prêmio devido, pelo IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês.
- a.1. No caso de extinção do índice acima definido, será utilizado o índice INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 15.9. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores.
- 15.10. Se o Segurado retomar o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do prazo estabelecido em 15.7, restaura-se o prazo da vigência originalmente contratado.
- 15.11. Caberá ao Estipulante honrar o pagamento dos prêmios do seguro junto à Seguradora, caso o segurado esteja inadimplente em relação ao qualquer parcela do prêmio. O não pagamento do prêmio do seguro por parte do Estipulante desobrigará a Seguradora ao pagamento de qualquer indenização, sem prejuízo das obrigações do Estipulante junto ao Segurado.
- 15.12. Ao término do prazo estabelecido em 15.7, sem que o pagamento do prêmio tenha sido retomado, o contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial. Haverá a comunicação da inadimplência, com força de notificação, para concedendo o prazo, mínimo, de 10 dias para regularização do pagamento.
- 15.13. O Segurado poderá antecipar o pagamento de parcelas a vencer, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.
- 15.14. Fica vedado o cancelamento do contrato do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante operação de crédito obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar a operação de crédito.
- 15.15. No caso de recebimento indevido de prêmio pela seguradora, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

16. AVERBAÇÕES E CONTAS MENSAIS

- 16.1. O Estipulante se obriga a encaminhar à Seguradora, até o 10º (décimo) dia do mês seguinte a cada mês de vigência do seguro, todos os contratos de operação de crédito novos que, caso aceitos, estarão abrangidos no seguro, cabendo ao Estipulante informar à Seguradora todos os elementos necessários ou de qualquer modo pertinentes à averbação do seguro.
- 16.2. Com base em relação nominal dos Segurados, contendo os respectivos saldos das dívidas e o valor atualizado do imóvel, a ser fornecida mensalmente pelo Estipulante, a Seguradora irá apresentar-lhe uma conta mensal de prêmios em reais (R\$), referente às operações garantidas vigentes no mês anterior, a qual deverá ser paga de acordo com a legislação pertinente às operações de seguros no país.

17. TIPO DE APÓLICE E FORMA DE CONTRATAÇÃO

- 17.1. Apólice por averbação, cobrindo os diversos contratos vinculados às linhas de crédito imobiliário oferecidos pelo Estipulante, **desde que tenha sido comunicada à Seguradora, pelo Estipulante, por meio de formulário ou meio eletrônico denominado Averbação, da respectiva contratação.**
- 17.2. Sem prejuízo do disposto nas demais cláusulas das condições contratuais, este seguro, no que tange à cobertura relativa a Danos Físicos ao Imóvel (DFI), é contratado a primeiro risco absoluto, isto é, sem a aplicação da regra proporcional ou cláusula de rateio.

18. AVISO DE SINISTRO

- 18.1. Ocorrido o sinistro, o Segurado, ou seu legítimo representante legal, deverá avisar imediatamente a Seguradora ou o Estipulante, facultando-lhe todos os meios para que proceda à apuração dos prejuízos ou do capital a indenizar, prestando-lhe todas as informações e documentos por ela solicitados.

- 18.1.1.** O aviso de sinistro deverá ser formalizado à Seguradora por meio de documento recebido sob protocolo na Seguradora ou por meio eletrônico e estar acompanhado de toda a documentação básica exigida neste seguro.

19. PROVAS E DOCUMENTOS DO SINISTRO

- 19.1.** O Segurado, ou seu legítimo representante legal em conjunto com o Estipulante, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do evento coberto, bem como relatar todas as circunstâncias a ele relacionadas, ficando facultado à Seguradora a adoção de medidas tendentes à plena elucidação do fato, cabendo ao Segurado, ou seu legítimo representante legal e ao Estipulante prestar-lhe a assistência que for necessária para tal fim.
- 19.2.** Qualquer decisão que implique ou possa implicar, direta ou indiretamente, compromisso para a Seguradora só poderá ser tomada pelo Segurado e/ou Estipulante com o consentimento prévio e inequívoco da Seguradora, por escrito.
- 19.3.** Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou seu legítimo representante legal, salvo as diretamente realizadas ou autorizadas pela Seguradora.
- 19.4.** A Seguradora pode exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como informações sobre inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo da regulação do sinistro no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão da abertura de inquérito, que por ventura tiver sido instaurado.

20. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 20.1.** O Segurado ou seu legítimo representante legal obrigar-se-á a remeter ao Estipulante e este à Seguradora, os documentos relacionados abaixo, bem como todos os documentos que comprovem o seu direito à indenização, conforme o definido para a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) ou de Riscos de Morte e Invalidez Permanente (MIP).
- a) Formulário de Aviso de Sinistro;
 - b) Cópia do contrato de operação de crédito e seus aditivos;
 - c) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado;
 - d) Cópia do RG e CPF do segurado;
 - e) Ficha Sócio-Econômica;
 - f) Declaração da Instituição Financeira contendo a informação do saldo devedor.
- 20.2. Para a cobertura de DFI, também deverão ser encaminhados:**
- a) Orçamento detalhado para reparo dos danos;
 - b) Boletim do Corpo de Bombeiros e Boletim de Ocorrência Policial, ou na sua falta, declaração de autoridade competente que comprove a ocorrência (caso para o evento seja necessário).
- 20.3. Para a cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MPI), também deverão ser encaminhados:**
- 20.3.1. Documentação para a cobertura de Morte:**
- a) Certidão de óbito do Segurado;
 - b) Relatório médico devidamente preenchido, carimbada e assinada pelo médico assistente do segurado.
- 20.3.1.1. Documentação complementar para a cobertura de Morte Acidental:**
- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
 - b) Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for piloto;
 - c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico (o segurado for o condutor do veículo);
 - d) Cópia do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio ou de afogamento;
 - e) Cópia do laudo de necropsia;
 - f) Cópia dos laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica, ou declaração emitida pelo órgão competente, informando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).
- 20.3.2. Documentação complementar para a cobertura de Invalidez Permanente Acidente:**
- a) Cópia da declaração médica, comprovando a invalidez permanente;
 - b) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), no caso de acidente automobilístico (se o segurado for o condutor do veículo);
 - c) Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;

- d) Cópias dos laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente informando a não realização dos referidos exames, quando necessário;
- e) Original do exame de raio X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com laudo radiológico (ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia);
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- g) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado.

20.3.3. Documentação complementar para a cobertura de Invalidez Permanente por Doença:

- a) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, se houver;
- b) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório, contendo:
 - i. a indicação da data da Invalidez Permanente e Total por Doença;
 - ii. informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item “Riscos Cobertos”;
 - iii. indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - iv. detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanente em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado;
- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- d) Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais.

21. CRITÉRIOS PARA INDENIZAÇÃO

- 21.1. Os critérios para liquidação (indenização) do sinistro de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) ou de Riscos de Morte e Invalidez Permanente (MIP), estão definidos nos itens e 22 – Critérios para Indenização – Morte e Invalidez Permanente do Segurado e 23 – Critérios para Indenização – Danos Físicos ao Imóvel, respectivamente, das condições gerais.
- 21.2. Toda e qualquer indenização devida por esta apólice será paga diretamente ao Estipulante, que se habilitará, em nome e por conta do Segurado, ao recebimento da indenização, apresentando para tanto toda a documentação comprobatória dos seus direitos, exceto nos casos de reposição de bens.
- 21.3. **As indenizações não serão, em nenhum caso, acrescidas de juros de mora e multas contratuais previstos no contrato de operação de crédito, exceto para os casos expressamente acordados, por escrito, entre a Seguradora e o Estipulante, por meio de cláusula particular inserida na apólice.**
- 21.4. **O prazo para pagamento da indenização será de 30 (trinta) dias corridos, contados da data do recebimento, pela Seguradora, da totalidade dos documentos exigidos para a regulação, de acordo com cada cobertura.**
 - 21.4.1. **O prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 21.4 será suspenso, quando a Seguradora verificar que a documentação prevista nas condições contratuais é insuficiente para a regulação do sinistro, podendo ela solicitar ao Segurado, ou seu legítimo representante legal, ao Estipulante ou a terceiro a apresentação de novas informações e documentos complementares, com base em dúvida fundada e justificada. A contagem do prazo remanescente se reiniciará às 24 (vinte e quatro) horas do dia útil subsequente à entrega dos documentos complementares à Seguradora.**
- 21.5. Vencido o prazo de 30 (trinta) dias para a regulação do sinistro, após entrega de toda a documentação e informações solicitadas ao Segurado, à indenização será atualizada monetariamente, pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, entre a data da ocorrência do evento e a data do efetivo pagamento.
- 21.6. A atualização de que trata o item 21.5 será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de comunicação do sinistro e aquele publicado na data imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro.
- 21.7. Na hipótese da extinção do índice pactuado no item 21.5, deverá ser utilizado o índice que vier a ser determinado pela legislação em vigor.

- 21.8. Além do previsto no item 21.5, aplicar-se-ão juros moratórios, sobre o valor da indenização atualizada, de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês, do primeiro dia útil posterior ao fim do prazo de 30 (trinta) dias para regulação até a data do efetivo pagamento.
- 21.9. **As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**

22. CRITÉRIOS PARA INDENIZAÇÃO – MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE

- 22.1. Em complemento o item 21 – Critérios para Indenização, das Condições Gerais, a indenização devida por esta garantia corresponderá ao saldo devedor (apurado quando da ocorrência do sinistro) do Segurado, **considerando-se como tendo sido pagos todos os compromissos devidos à Seguradora até o dia anterior à data do sinistro.**
- 22.2. **Caso haja mais de um segurado na composição de renda para fins de seguro, o valor da indenização será proporcional ao percentual de responsabilidade correspondente ao segurado que tenha falecido ou se tornado inválido, prevalecendo o percentual vigente na data do sinistro.**
- 22.2.1. Inexistindo indicação expressa no contrato de operação de crédito ou documento equivalente, quanto à responsabilidade de cada financiado, será adotada a participação proporcional com que concorre cada um dos adquirentes para a composição da renda familiar, constante da ficha sócio-econômica ou de documento cadastral equivalente;
- 22.2.2. Excepcionalmente, na falta de ficha sócio-econômica, a indenização será uniformemente rateada na proporção do número de adquirentes expressamente citados no contrato, a menos que se trate de marido e mulher, caso em que a cobertura prevalecerá apenas para o segurado principal;
- 22.2.3. **Nenhuma indenização será devida ao simples componente da renda familiar não financiado, na hipótese de seu falecimento ou de sua invalidez;**
- 22.2.4. **Em qualquer hipótese, a falta da ficha sócio-econômica não será admitida para os contratos firmados após a emissão da apólice;**
- 22.2.5. A ficha sócio-econômica deverá ser obrigatoriamente assinada por todos os proponentes expressos no respectivo contrato de operação de crédito;
- 22.2.6. Uma vez paga a indenização na forma estabelecida nestas Condições, a cobertura do seguro subsistirá em relação aos demais segurados, componentes da renda, pelo exato valor do saldo da dívida remanescente.
- 22.3. **Para a determinação do saldo devedor vincendo, considera-se, na data do sinistro, o valor informado mensalmente pelo Estipulante para o cálculo do prêmio, conforme o item 16.2 do item 16 – Averbacões e Contas Mensais, comprovado pelo contrato de operação de crédito e pela planilha de cálculo do saldo devedor vincendo fornecido pelo Estipulante, observado o limite fixado para esta cobertura.**
- 22.3.1. O eventual atraso no pagamento das prestações amortizantes ao Estipulante não prejudicará as coberturas.
- 22.4. A indenização será sob a forma de pagamento único e expressa na unidade monetária do respectivo contrato de operação de crédito, calculada à data da ocorrência do sinistro.
- 22.5. No dia do pagamento, a Seguradora converterá para reais a indenização assim expressa na unidade monetária referida no contrato de operação de crédito.
- 22.6. **No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora proporá ao Segurado, por carta, dentro dos 15 (quinze) dias seguintes à data da constatação, a constituição de uma Junta Médica.**
- 22.6.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e o terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 22.6.2. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**
- 22.6.3. O prazo para a constituição da junta médica é de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado e informado à Seguradora.
- 22.6.4. **A recusa do Segurado para a realização da junta médica e/ou da perícia médica ensejará no encerramento do processo de sinistro sem indenização por impossibilidade da caracterização de umas das coberturas contratadas.**

- 22.6.5. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem e, caso as partes resolvam realizar nova junta médica, a parte que impossibilitou a realização da junta deverá arcar integralmente com as despesas da nova constituição.
- 22.7. A Seguradora se reserva no direito de submeter o Segurado a exames realizados por médico de sua indicação para constatar:
- 22.7.1. **Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:** perícia médica para confirmação da permanência da invalidez.
- 22.7.2. **Em caso de Invalidez Permanente Total e por Doença:** perícia médica para confirmação da patologia que caracterize a invalidez.
- 22.8. O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso, a qualquer tempo, a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.
- 22.9. Para efeito do cálculo da indenização, consideram-se como tendo sido pagos todos os compromissos devidos pelo segurado até o dia anterior à data do sinistro.

23. CRITÉRIOS PARA INDENIZAÇÃO – DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL

- 23.1. Em complemento ao item 21 – Critérios para Indenização, a indenização decorrente da cobertura concedida pelo item 11 – Riscos Cobertos para Cobertura de Danos Físicos ao Imóvel, corresponderá ao prejuízo efetivamente apurado pela Seguradora na ocasião do sinistro, **respeitado o limite máximo de garantia vigente na data do sinistro e corresponderá ao valor necessário à reposição do imóvel ao estado equivalente ao que se encontrava imediatamente antes do sinistro** e, será constituído pela soma das seguintes parcelas:
- Despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;
 - Valor referente aos danos físicos ao imóvel, comprovadamente causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa;
 - Danos sofridos pelos bens Segurados.
- 23.2. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o Limite previsto na apólice/certificado.
- 23.3. A Seguradora, a seu critério, reserva-se o direito, mediante acordo com o Estipulante, de optar entre efetuar a indenização em dinheiro ou por meio da reposição do imóvel destruído, restituindo-o em estado equivalente àquele que se encontrava imediatamente antes do sinistro.

24. PREJUÍZOS INDENIZÁVEIS

- 24.1. São indenizáveis para a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), até os limites máximos previsto na apólice/certificado, respeitado o item 8 – Limite Máximo de Garantia, os prejuízos decorrentes de danos materiais diretos que resultem na reposição ou recuperação dos materiais de construção ou do imóvel.
- 24.2. Fica facultado ao Segurado caso haja necessidade de providências imediatas, de efetuar o desembolso de até 1% (um por cento) do Limite Máximo da Garantia para gastos, cabendo à Seguradora complementá-las, se for o caso de evento coberto, após a vistoria do imóvel desde que previamente comunicado o sinistro à Seguradora, e os serviços ou gastos comprovadamente realizados tenham se destinado a:
- Despesas de salvamento comprovadamente efetuadas pelo segurado, durante ou após a ocorrência de um sinistro;
 - Despesas de desentulho do local;
 - Valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa.
- 24.3. Caso haja necessidade de desocupação do imóvel por inabitabilidade, em decorrência de evento coberto por este seguro, autorizado expressamente pela seguradora, por escrito, ou determinado por autoridade pública, a seguradora indenizará o segurado pelos encargos mensais da operação de crédito a partir da efetiva desocupação do imóvel, limitado ao Limite Máximo de Garantia correspondente à cobertura dos riscos de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), conforme Cláusula 8 – Limite Máximo de Garantia deste contrato.
- 24.4. Independentemente dos limites acima estabelecidos, a indenização devida ficará limitada ao prazo necessário para reparação ou reconstrução do imóvel diretamente atingido pelos riscos previstos na Cláusula 11 – Riscos Cobertos para Cobertura de Danos Físicos ao Imóvel.

24.5. A documentação deverá ser complementada com cópias das notas fiscais relativas às despesas efetuadas para a compra de materiais e recibo de mão-de-obra, e por outros documentos que por necessidade sejam solicitados pela seguradora. Não serão válidas eventuais notas fiscais ilegíveis e/ou rasuradas.

25. SALVADOS

25.1. Para as coberturas de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), ocorrido o sinistro que atinja o bem segurado por este seguro, conforme especificado na apólice/certificado, o Segurado não poderá fazer o abandono dos salvados até a definição pelas partes da destinação do mesmo, observado o disposto no item 26 – Concorrência de Apólices.

26. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES – COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL

26.1. **É vedada a contratação concomitante de mais de uma apólice de seguro habitacional para a mesma operação de crédito.**

26.2. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro, que não seja uma apólice de seguro habitacional, sobre o mesmo bem e contra os mesmos riscos, deverá **comunicar, previamente, por escrito, a sua intenção a todas as seguradoras envolvidas, SOB PENA DE PERDA DE DIREITO.**

26.3. **O valor total da indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em nenhuma circunstância, o valor do bem.**

26.4. Para fins de cálculo da distribuição de responsabilidade relativa a um sinistro, serão consideradas as seguintes parcelas:

- a) as despesas de salvamento comprovadamente efetuadas pelo Segurado e/ou após a ocorrência do sinistro;
- b) o valor referente aos danos materiais comprovadamente causados pelo segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa;
- c) os prejuízos sofridos pelo bem segurado.

26.5. Na ocorrência de sinistro contemplando coberturas concorrentes, a distribuição das responsabilidades entre as apólices existentes obedecerá às seguintes condições:

- a) Se a soma dos Limites Máximos de Garantia das apólices for igual ou inferior à soma dos valores estipulados no subitem 26.3 desta cláusula, cada sociedade seguradora envolvida participará como se o respectivo contrato fosse o único vigente.
- b) Se a soma dos Limites Máximos de Garantia das apólices exceder a soma dos valores estipulados no subitem 26.3 desta cláusula, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual desta última soma igual à proporção entre o respectivo Limite Máximo de Garantia e a primeira soma.

26.6. A subrogação relativa a salvados operar-se-á na mesma proporção segundo a qual cada seguradora participou do pagamento da indenização.

26.7. Salvo disposição em contrário, a seguradora que participar com a maior parte de indenização ficará encarregada de negociar os salvados e repassar a quota-parte relativa ao produto desta negociação às demais participantes.

27. PERDA DE DIREITOS

27.1. **A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):**

- A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO;
- B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DE SEGURO;
- C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.

27.2. **SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 27.1, ALÍNEA “A”, NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, A SEGURADORA PODERÁ:**

I. **NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:**

- A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.

- II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:
- A) 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
 - B) 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.
- III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO:
- A) COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL ANTES DE EFETUAR O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO; E
 - B) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO.
- 27.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.
- 27.3.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE QUE AGRAVE O RISCO SEM CULPA DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO DE SEGURO, NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO.
- 27.3.2. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM CARACTERIZA-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO: AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE OU MUDANÇA DE ATIVIDADE DO SEGURADO.
- 27.3.3. A RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.
- 28. REAJUSTE AUTOMÁTICO DE VALORES – DFI**
- 28.1. Em virtude do disposto no item 8 – Limite Máximo da Garantia, o Estipulante obriga-se a manter os valores contratuais automaticamente ajustados na mesma periodicidade, e com base nos mesmos índices de atualização do imóvel, previstos nos respectivos contratos de operação de crédito, relativos às operações seguradas.
- 28.2. Sem prejuízo do disposto no item 8.1, nos casos de ampliação da área do imóvel objeto do contrato de operação de crédito, é facultado ao Segurado comunicar a alteração ao Estipulante para o ajuste do valor segurado, que deverá ser fundamentado em laudo de avaliação, e comunicado a Seguradora.
- 28.3. Se no momento do sinistro o risco sinistrado estiver em valor menor que o Limite Máximo de Garantia definido no item 8 – Limite Máximo da Garantia destas Condições, a responsabilidade da Seguradora não excederá, em hipótese alguma, o valor apurado, por ocasião do sinistro.
- 29. INSPEÇÃO**
- 29.1. A Seguradora se reserva o direito de proceder, durante a vigência da apólice, inspeção dos bens que se relacionem com o seguro. O Segurado de comum acordo com o Estipulante deve facilitar a Seguradora a execução de tais medidas, proporcionando-lhe as provas e os esclarecimentos solicitados.
- 29.2. A ausência de inspeção não constitui desobrigação ao cumprimento rigoroso, pelo segurado, de todas as suas incumbências relacionadas ao presente contrato, inclusive no que tange às informações sobre o estado do bem ou da construção ou interesse protegido antes da conclusão do seguro ou da aceitação da adesão, representando o direito de inspeção, mera faculdade, a ser exercida aleatoriamente.
- 30. SUB-ROGAÇÃO**
- 30.1. Para as coberturas de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), pelo pagamento de qualquer indenização, cujo recibo valerá como instrumento de cessão, a Seguradora ficará sub-rogada, até o limite do respectivo valor, em todos os direitos, pretensões, ações e privilégios do Segurado contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos indenizados, ou que para eles tenham contribuído.
- 30.2. Salvo dolo, a sub-rogação não terá lugar se o dano tiver sido causado pelo cônjuge do Segurado, seus descendentes e ascendentes, consanguíneos e afins.
- 30.3. O Segurado responderá por qualquer ato que diminua ou extinga, em prejuízo da Seguradora, os direitos a que se refere esta Cláusula.
- 30.4. A Sub-rogação se estende aos direitos sobre os salvados na proporção da indenização paga.

31. CESSÃO DE DIREITOS

- 31.1. Nenhuma disposição deste seguro confere ou poderá ser interpretada como conferindo quaisquer direitos passíveis de serem exercidos em face da Seguradora a qualquer pessoa ou pessoas que não se confunda com o Estipulante ou com o Segurado.
- 31.2. A Seguradora não ficará obrigada perante qualquer terceiro inclusive no caso de ter havido qualquer transferência ou cessão de direitos por parte do Segurado, a menos e até que a Seguradora, por intermédio de endosso, reconheça essa transferência ou cessão e declare que a garantia passe a beneficiar outra pessoa, por meio de competente endosso.

32. CANCELAMENTO/RESCISÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 32.1. Este contrato poderá ser rescindido ou modificado a qualquer tempo, mediante acordo escrito entre as partes contratantes.
- 32.2. A cobertura individual cessa:
- 32.2.1. No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada respeitada as respectivas vigências mensais em curso das adesões individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;
- 32.2.2. Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; e
- 32.2.3. Com esgotamento do Capital Segurado no caso de Morte e/ou Invalidez Permanente Total.
- 32.3. Os Certificados de Seguro emitidos com data de início de vigência anterior à data de rescisão permanecerão em vigor até os seus respectivos vencimentos.
- 32.3.1. Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido até a data do efetivo cancelamento;
- 32.3.2. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, por intermédio do Estipulante, a Seguradora reterá até a data do recebimento da solicitação, **no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto prevista no item 15 – Pagamento de Prêmio destas Condições Gerais.**
- 32.4. O prêmio a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurado entre o último índice publicado antes das datas previstas nos subitens 32.3.1 e 32.3.2 e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição. Na hipótese da extinção do índice pactuado acima, deverá ser utilizado o índice que vier a ser determinado pela legislação em vigor.
- 32.5. Além da atualização de que trata o item 32.4, a não devolução do prêmio no prazo de 10 (dez) dias corridos implicará aplicação de juros moratórios equivalentes 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia da formalização da recusa.

33. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 33.1. A Apólice será objeto de renovação automática por uma única vez, sendo que as renovações posteriores deverão ser feitas de forma expressa, por escrito, pelo Estipulante.
- 33.2. Para evitar a ausência de seguro relacionado às operações crédito imobiliário albergadas neste seguro, e já se tendo operado a renovação automática a que se refere o item 33.2, acima, o Estipulante deverá, dentro do prazo máximo de 60 (sessenta) dias úteis anteriores à data do término da vigência desta Apólice, encaminhar formalmente a Seguradora a solicitação da proposta de renovação.

34. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE

- 34.1. A Apólice terá início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) da data estipulada na proposta, condicionada a sua validade à aceitação da correspondente Proposta de Seguro, conforme disposto na Cláusula 33 – Renovação da Apólice destas Condições Gerais.
- 34.1.1. Durante o período de vigência da apólice coletiva poderão ser incluídos novos segurados.
- 34.2. O cancelamento da apólice do SH/AM, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, somente poderá ser efetuado mediante acordo entre segurado, seguradora e estipulante, no caso de seguro coletivo, ou financiador, no caso de seguro individual, observada a legislação em vigor, quanto ao percentual de anuentes, quando se tratar de apólice coletiva.

35. CANCELAMENTO E MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

- 35.1. Este contrato poderá ser rescindido ou modificado a qualquer tempo, mediante acordo escrito entre as partes contratantes.

35.2. O cancelamento ou a modificação do contrato que implique ônus ou deveres aos segurados, por iniciativa da Seguradora ou Estipulante, dependerá de anuência prévia de no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

36. DIREITO DE CONTROLE

36.1. O Estipulante confere a Seguradora o direito de controlar e investigar a exatidão de suas informações, bem como o cumprimento das demais obrigações fixadas nesta apólice, comprometendo-se a facilitar à mesma, por todos os meios ao seu alcance, as verificações que se fizerem necessárias, seja para a comprovação da massa de mutuários ativos, seja para a apreciação dos procedimentos envolvendo a apuração dos prejuízos, ou para qualquer outro fim, devendo o Estipulante, ainda, prestar contas à Seguradora sempre que formalmente solicitado.

37. REENQUADRAMENTO DAS TAXAS

(Opção A):

37.1. Para o risco de Morte da cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MIP), a taxa mensal por faixa etária será correspondente à idade de cada segurado e deverá ser aplicada sobre o valor do saldo devedor mensal, proporcional a cada mutuário.

37.2. Ocorrerá o reenquadramento das taxas em função da mudança da Faixa de Idade, e com isso o prêmio será alterado no mês seguinte à data de aniversário do segurado, conforme tabela abaixo.

Faixa Etária	% de Reenquadramento
até 25 anos	-
26–30 anos	5,217391%
31–35 anos	47,107438%
36–40 anos	38,202247%
41–45 anos	29,268293%
46–50 anos	48,427673%
51–55 anos	70,974576%
56–60 anos	119,826518%
61–65 anos	88,838782%
66–70 anos	35,820896%
71–75 anos	41,714286%
76–80 anos	12,500000%

37.3. Para a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) e para o risco de Invalidez Permanente **não** haverá reenquadramento.

(Opção B):

37.1. Para o risco de Morte da cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MIP), a taxa mensal por faixa etária será correspondente à idade do mutuário de maior percentual de renda no contrato de operação de crédito e deverá ser aplicada sobre o valor do saldo devedor mensal.

37.2. Ocorrerá o reenquadramento das taxas em função da mudança da Faixa de Idade, e com isso o prêmio será alterado no mês seguinte à data de aniversário do segurado, conforme tabela abaixo.

Faixa de Idade	% de Reenquadramento
18 a 20 anos	-
21 a 23 anos	6,938776%
24 a 26 anos	11,068702%
27 a 29 anos	17,257182%
30 a 32 anos	17,544071%
33 a 35 anos	11,022085%
36 a 38 anos	11,445226%
39 a 41 anos	21,046077%
42 a 44 anos	23,113855%
45 a 47 anos	37,325905%
48 a 50 anos	33,468560%
51 a 53 anos	28,115502%
54 a 56 anos	31,499845%
57 a 59 anos	20,809249%
60 a 62 anos	7,801218%
63 a 65 anos	28,897586%
66 a 68 anos	42,189783%
69 a 71 anos	37,964247%
72 a 74 anos	24,215104%
75 a 77 anos	88,736998%
78 a 80 anos	40,612480%

37.3. Para a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) e para o risco de Invalidez Permanente não haverá reenquadramento.

38. BENEFICIÁRIOS MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE (MIP) E DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL (DFI)

38.1. O beneficiário deste seguro é o Estipulante, na condição de credor do Segurado que com ele contrate operação de crédito imobiliário.

39. ÂMBITO GEOGRÁFICO

39.1. As disposições deste contrato de seguro aplicam-se exclusivamente a danos ocorridos e reclamados no território brasileiro, exceto no que diz respeito à Cobertura Especial para Riscos de Morte e Invalidez Permanente (MIP), a qual tem como âmbito geográfico o globo terrestre.

40. CARÊNCIA

40.1. Haverá carência para os sinistros decorrentes de suicídio ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso.

41. PRESCRIÇÃO

41.1. Prazos prescricionais aplicáveis ao contrato serão aqueles determinados em lei.

42. FORO

42.1. É competente para dirimir toda e qualquer controvérsia relativa a este contrato de seguro o foro do domicílio do Segurado, conforme o caso, nos termos da legislação em vigor.

43. INFORMAÇÕES GERAIS

- 43.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para a sua comercialização.
- 43.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 43.3. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.
- 43.4. O valor do Custo Efetivo do Seguro Habitacional (CESH) é meramente informativo e tem por finalidade exclusivamente permitir a comparação entre as diferentes propostas de seguro, não correspondendo sua aplicação sobre o saldo devedor da operação de crédito ao montante efetivo a ser pago a título de prêmio de seguro.
- 43.5. Em virtude da metodologia de cálculo utilizada, o valor do Custo Efetivo do Seguro Habitacional (CESH), não poderá ser somado, deduzido ou, de qualquer forma, comparado a outros custos do contrato de operação de crédito, sob pena de gerar conclusões equivocadas.

44. DEFINIÇÕES (GLOSSÁRIO)

44.1. Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste contrato:

ACEITAÇÃO

Ato pelo qual o segurador aceita o seguro que lhe foi proposto.

ACIDENTE PESSOAL

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

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapeamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b.2) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b.3) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- b.4) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.**

AGRAVAÇÃO DO RISCO

São circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo segurador.

APÓLICE

Documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

AVARIA

É o termo utilizado para designar dano ou prejuízo material.

AVISO DE SINISTRO

É a comunicação com a finalidade de dar imediato conhecimento à Seguradora da ocorrência do evento passível de cobertura.

BENEFICIÁRIO

Pessoa física ou jurídica designada para receber as indenizações devidas, na hipótese de ocorrência de evento coberto.

CARÊNCIA

Período, contado a partir da data de início da vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual o beneficiário não terá direito ao capital segurado, no caso de ocorrência de evento coberto.

CANCELAMENTO

É a dissolução antecipada do contrato de seguro por interesse das partes, pagamento da indenização do seguro ou falta de pagamento do prêmio.

CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento emitido pela Seguradora, o seguro coletivo, para a aceitação do proponente ou para a renovação ou alteração do seguro.

COBERTURA

Designação genérica dos riscos assumidos pela Seguradora.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Conjunto das disposições inseridas que regem a contratação, incluindo as constantes na proposta de contratação e adesão, apólice, certificado, Condições Gerais, Especiais e Particulares do seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONDIÇÕES GERAIS

Conjunto de cláusulas comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro que estabelecem as obrigações e dos direitos das partes contratantes.

CONDIÇÕES PARTICULARES

Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

CONTRATO DE SEGURO

Instrumento jurídico firmado entre o estipulante, subestipulante (se houver) e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações das partes.

CORRETOR

É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas. **O Corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Subestipulantes (se houver), Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**

DANO

É todo prejuízo material ou corporal, passível de indenização de acordo com as condições de cobertura da apólice contratada.

DANO ELÉTRICO

É o desarranjo interno que se verifica nos equipamentos elétricos e se caracteriza pela ação de dentro para fora, por superaquecimento, derretimento de metais e plásticos, inutilização de dielétricos ou isolantes, etc., bem como pelo aparecimento de chamas em progressão, mas apenas residuais. Também é considerado como variações anormais de tensão, curto circuito, arco voltaico, calor gerado acidentalmente por eletricidade, descargas elétricas, eletricidade estática ou qualquer efeito ou fenômeno de natureza elétrica (exceto queda de raio).

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

É o documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua inteira responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

DEPRECIAÇÃO

É a redução do valor de um bem, móvel ou imóvel, segundo critérios matemáticos e financeiros, considerando, dentre outros, a idade e as condições de uso, desgaste, funcionamento e operação.

DOENÇA E LESÕES PREEXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente a data de sua adesão ao seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

ENDOSSO

É o documento emitido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza qualquer alteração na apólice.

ESTIPULANTE

Pessoa jurídica (financiador) que contrata o seguro coletivo e fica investido de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

EVENTO

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido pela apólice de seguro contratada.

EXPLOSÃO

É o resultado de uma reação físico-química, na qual a velocidade extremamente alta é acompanhada por brusca elevação de pressão, devido ao fato de a energia liberada pela reação em cadeia ser feita num intervalo de tempo muito curto para ser dissipada na medida de sua produção.

EXPLOSÃO FÍSICA

Explosão produzida pela dilatação de líquidos, gases ou vapores, provocada, por sua vez, pela rápida passagem de um corpo do estado líquido para o gasoso ou a própria força elástica dos gases e vapores sob a influência do calor ou pressão, tornando-se superior à força de resistência dos recipientes contenedores.

FINANCIADOR

Qualquer entidade pública ou privada, que conceda operação de crédito para a construção ou aquisição de imóvel em geral, inclusive na planta.

FRAÇÃO AUTÔNOMA

São as diversas partes em que o edifício foi dividido, através da propriedade horizontal (podem ser casas, garagens, lojas etc.).

FRAÇÃO IDEAL

A fração ideal é assim denominada a parte ou porcentagem de terreno com vinculação à unidade autônoma de edificação sob regime condominial.

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Documento pelo qual é formalizada comunicação da ocorrência de um sinistro à seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.

FUMAÇA

A fumaça proveniente de um desarranjo imprevisível, repentino e extraordinário no funcionamento de qualquer aparelho que seja parte integrante da instalação de calefação aquecimento ou cozinha existente no imóvel, objeto deste seguro, e somente quando tal aparelho se encontre conectado a uma chaminé por um cano condutor de fumo, excluída fumaça proveniente de fornos ou aparelhos industriais.

GRUPO SEGURADO

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante ou subestipulante (se o caso) que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

INCÊNDIO

Fogo descontrolado e inesperado com capacidade de propagação.

INDENIZAÇÃO

É o valor a ser pago ao beneficiário do seguro pela seguradora na ocorrência de evento coberto, respeitado o Limite Máximo de Indenização da respectiva cobertura contratada vigente na data da ocorrência do sinistro, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.

INVALIDEZ PERMANENTE

Aquela causada por acidente pessoal ou doença, que determine a incapacidade total e permanente para o exercício da atividade laborativa principal do segurado, no momento do sinistro.

IMÓVEL

Edificação ou conjunto de edificações, de um ou mais pavimentos, organizado sob a forma de condomínio, constituído de unidades autônomas e de partes comuns, cuja localização é identificada na Proposta de Seguro/Certificado. Também são consideradas partes integrantes do imóvel todas as construções (excluindo-se os alicerces e as fundações, salvo declaração em contrário) situadas dentro do seu limite e em suas áreas comuns, tais como: alpendres, piscinas, salões de festas e recreativos, dependências de porteiro, garagens, muros e outros elementos de delimitação física, bem como elevadores, escadas rolantes, centrais de ar condicionado, antenas, pára-raios, portões, instalações de luz, força e água, tanques e silos metálicos ou de concreto, instalações e sistemas de combate a incêndio, tubulações e benfeitorias indispensáveis ao uso e funcionamento normais do imóvel segurado, desde que integrem as estruturas das construções.

INSPEÇÃO DO RISCO

É o exame do objeto que se propõe segurar, visando o perfeito enquadramento tarifário, bem como atenuar e prevenir os efeitos dos riscos cobertos sobre os bens segurados.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA

É o valor estabelecido no contrato pelo segurado e representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora, em função da ocorrência de um ou mais eventos cobertos durante a vigência do seguro.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO

É o valor fixado para cada Cobertura contratada e representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora em decorrência de um determinado evento ou série de eventos ocorridos na vigência do seguro.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Expressão usada para indicar, nos seguros de Danos, o processo para apuração do dano havido em virtude da ocorrência de evento coberto.

MAREMOTO

Grande agitação do mar provocada por oscilações sísmicas.

PRÊMIO

Valor correspondente a cada um dos pagamentos feitos pelo segurado à Seguradora, destinados ao custeio do seguro.

PRESCRIÇÃO

Termo utilizado para caracterizar a perda de direito de ação para reclamar direitos ou extinção de obrigações previstas no contrato em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

PROPONENTE

É a pessoa que propõe sua adesão ao contrato de seguro, e que passará à condição de segurado somente após aceitação da seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

PROPOSTA DE ADESÃO

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar garantia(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

RATEIO

Regra que estabelece a participação proporcional do segurado no valor dos prejuízos apurados, sempre que se verificar, que o valor do bem é superior ao valor da contratação do seguro constante da apólice.

REGULAÇÃO DE SINISTRO

É o exame das causas e circunstâncias do evento comunicado, a fim de se avaliar a cobertura do risco.

REINTEGRAÇÃO

Para a cobertura de Danos Físicos aos imóveis (DFI) é a recomposição do Limite Máximo da Garantia, do valor em que foi reduzida, em razão do pagamento de uma indenização parcial.

RELATÓRIO MÉDICO

Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina com a finalidade de registrar sua opinião sobre as condições de saúde e respectivos fatos médicos correlatos do proponente ou Segurado.

RISCO

É o evento incerto ou de data incerta, que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito seguro.

RISCOS EXCLUÍDOS

Correspondem aos riscos previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.

SALVADO

Corresponde aos bens resgatados de um sinistro que ainda possuem valor econômico. Assim são considerados tanto os bens que tenham ficado em perfeito estado como os que estejam parcialmente danificados pelos efeitos do sinistro.

SEGURADO

Pessoa física ou jurídica que contrata com o Estipulante ou Subestipulante (se o caso) a operação de crédito para a construção ou aquisição de imóvel, na qualidade de adquirente ou promitente comprador; ou o próprio financiador, exclusivamente para a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), no caso de imóvel adjudicado em face execução da dívida por inadimplência do financiado e nos casos em que apenas esteja promovendo a construção.

SEGURADORA

Empresa legalmente constituída para comercializar o seguro.

SINISTRO

Ocorrência de risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

SUB-ROGAÇÃO

É o direito que a lei confere ao segurador, que pagou a indenização ao segurado, de assumir seus direitos contra os terceiros responsáveis pelos prejuízos.

TABELA DE PRAZO CURTO

É aplicada, principalmente, para calcular o prêmio de seguros com duração inferior a um ano, onde a exposição ao risco é presumivelmente maior, embora também aplicável a restituições, em caso de cancelamento de seguro.

TERCEIRO

Pessoa física ou jurídica, estranha ao contrato de seguro e que não tenha relação de parentesco com o segurado e nenhum tipo de relacionamento ou dependência econômico-financeira com ele, que, em função de relação indireta, pode aparecer como reclamante de indenização ou benefício, ou como responsável pelo dano.

TERREMOTO

Movimento ou abalo de placas tectônicas, que em seu contínuo fluxo migratório colidem ou arrastam-se umas sobre as outras.

TORNADO

Fenômeno meteorológico que se manifesta por uma grande nuvem negra, da qual sobressai um prolongamento, que produz forte rajada de vento, pé-de-vento ou tufão, que se movimenta em círculo.

TREMOR DE TERRA

Agitação sísmica na superfície terrestre.

TUMULTO

Ação de pessoas com características de aglomeração, que perturbe a ordem pública pela prática de atos predatórios, para cuja repressão não haja necessidade de intervenção das Forças Armadas.

VÍCIO PRÓPRIO/INTRÍNSECO

É o que decorre da própria natureza da coisa, ou resulta da qualidade que lhe é inerente, também chamado vício intrínseco. Entende-se por vício intrínseco o defeito próprio da coisa que se não encontra normalmente em outras da mesma espécie.

VISTORIA DE SINISTRO

Avaliação, por pessoa autorizada pela seguradora, do estado do bem segurado, após a ocorrência de um sinistro, com vistas a qualificar e quantificar os danos ou prejuízos sofridos pelo segurado.

VENDAVAL

Ventos de velocidade igual ou superior a 15 m/s (quinze metros por segundo).

VIGÊNCIA DO SEGURO

É o período fixado para a validade do contrato de seguro.

VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Período em que, respeitada a apólice em vigor, o segurado terá direito à cobertura do seguro.

OUVIDORIA

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

CONTATO

Ouvidoria: 0800 775 1079 ou pelo site www.mapfre.com.br

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.