

SEGURO DE VIDA

DOTAL MISTO COM PERFORMANCE

CONDIÇÕES GERAIS

ÍNDICE

- **TÍTULO I – DAS CARACTERÍSTICAS**
- **TÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES**
- **TÍTULO III – DA CONTRATAÇÃO DO PLANO**
 - **CAPÍTULO I – CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO**
 - **CAPÍTULO II – CLASSIFICAÇÃO DO RISCO**
- **TÍTULO IV – DA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES PÓS CONTRATAÇÃO**
 - **CAPÍTULO I – AOS SEGURADOS**
 - **CAPÍTULO II – AOS ASSISTIDOS**
 - **CAPÍTULO III – DAS DISPOSIÇÕES COMUNS**
- **TÍTULO V – DAS COBERTURAS**
 - **CAPÍTULO I – DA DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS**
 - **CAPÍTULO II – DAS EXCLUSÕES GERAIS**
 - **CAPÍTULO III – DO PERÍODO DE DIFERIMENTO**
 - **SEÇÃO I – DO PERÍODO DE CARÊNCIA DAS COBERTURAS POR MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**
 - **SEÇÃO II – DOS PRÊMIOS**
 - **SEÇÃO III – DA ATUALIZAÇÃO**
 - **SEÇÃO IV – DO CARREGAMENTO SOBRE A PARCELA DO PRÊMIO DESTINADA À COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA**

- **SEÇÃO V – DO CARREGAMENTO SOBRE AS PARCELAS DO PRÊMIO DESTINADAS À COBERTURA BÁSICA POR MORTE E COBERTURA OPCIONAL POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**
 - **SEÇÃO VI - DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DAS COBERTURAS POR MORTE, INVALIDEZ E SOBREVIVÊNCIA**
 - **SEÇÃO VII – DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DESTINADOS ÀS COBERTURA POR MORTE, INVALIDEZ E SOBREVIVÊNCIA**
 - **SEÇÃO VIII - DO RESGATE**
 - **SEÇÃO IX – DA PORTABILIDADE**
 - **SEÇÃO X – DO CANCELAMENTO**
 - **SEÇÃO XI – DA PERDA DE DIREITO**
 - **SEÇÃO XII – DOS RESULTADOS FINANCEIROS DAS COBERTURAS POR MORTE E SOBREVIVÊNCIA DURANTE O PERÍODO DE DIFERIMENTO**
- **CAPÍTULO IV – DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS**
- **SEÇÃO I – DA ATUALIZAÇÃO**
 - **SEÇÃO II – DA APLICABILIDADE DA MORA**
- **CAPÍTULO V – DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**
- **SEÇÃO I – DA COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA**
 - **SEÇÃO II – DA COBERTURA POR MORTE**
 - **SEÇÃO III – DA COBERTURA OPCIONAL**

TÍTULO I

DAS CARACTERÍSTICAS

Art. 1º. A **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A.** com CNPJ de nº **04.046.576/0001-40**, institui o Plano de Seguro de Vida Dotal Misto com Performance, estruturado nos regimes financeiros previstos neste Regulamento e devidamente aprovado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, através do Processo nº **15414.003065/2010-01**.

Art. 2º. Este plano oferece as seguintes coberturas:

I. Coberturas Básicas

- a) Cobertura por morte, estruturada no Regime Financeiro de Capitalização e na modalidade de benefício definido, que será paga ao(s) beneficiário(s) indicado(s), no caso da morte do Segurado; e
- b) Cobertura por sobrevivência, estruturada no Regime Financeiro de Capitalização e na modalidade de benefício definido, que será paga ao Segurado após cumprido o prazo de diferimento.

II. Cobertura Opcional

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

III. Cobertura Adicional

- a) Antecipação de Capital Segurado Pago em Vida no caso de doenças terminais.

Art. 3º. As coberturas por sobrevivência e morte deverão ser mantidas ao longo de todo o período de diferimento.

Art. 4º. O plano tem como objetivo a concessão de Capital Segurado a pessoas físicas ou jurídicas, sob a forma de **PAGAMENTO ÚNICO**, de acordo com as regras estabelecidas neste Regulamento.

Art. 5º. Durante o período de diferimento, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder constituída para garantir as coberturas por morte, invalidez e sobrevivência terá remuneração, por taxa de juros efetiva anual e índice de atualização de valores.

Art. 6º Durante o período de diferimento haverá apuração de resultados financeiros. O percentual de reversão de resultados financeiros será aplicado de acordo com a tabela a seguir:

Ano completo de Vigência	% de Reversão
1º ano	0%
2º ano	50%
3º ano	55%
4º ano	60%
5º ano	65%
6º ano	70%
7º ano	75%
8º ano	80%
9º ano	85%
10º ano	90%
Após o 10º ano	100%

§ 1º O percentual de reversão de resultados financeiros não sofrerá redução, ficando sua elevação a critério da Seguradora.

§ 2º No caso de elevação, ela será idêntica para todos os Segurados.

Art. 7º. Poderão ser introduzidas alterações no presente Regulamento sempre que houver prévia e expressa anuência de todos os Segurados, e prévia autorização das autoridades competentes, sendo as decorrentes de imposição legal ou regulamentar de aplicação automática.

Art. 8º. Os casos omissos serão resolvidos na forma da legislação vigente.

Art. 9º. A APROVAÇÃO DESTE PLANO PELA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO

Art.10. 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.

Art.11. As questões judiciais, entre o Segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no "caput" deste artigo.

TÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 12. Considerar-se-á, para fins deste Regulamento:

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

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral de origem traumática causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de "acidente pessoal":

a) as doenças, inclusive 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) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

c) 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 Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) 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".

II. APÓLICE: documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente.

III. ASSISTIDO: o próprio Segurado pessoa física que receberá o Capital Segurado por sobrevivência em pagamento único.

IV. BENEFICIÁRIO: pessoa(s) física(s) indicada(s) livremente pelo Segurado para receber os pagamentos relativos ao(s) capital (is) Segurado(s) contratado(s) ou resgate da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, na hipótese de seu falecimento, de acordo com a estrutura da cobertura contratada e na forma da regulamentação

vigente ou pessoa(s) jurídica(s) indicada(s) para receber o pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura por morte desde que comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

V. BENEFÍCIO DEFINIDO: modalidade em que o Capital Segurado, pagável de uma única vez e os respectivos prêmios são estabelecidos previamente na proposta de contratação.

VI. BENEFÍCIO PROLONGADO: é a interrupção definitiva do pagamento dos prêmios ao plano, mantendo-se o direito à percepção, de forma temporária, do mesmo valor do benefício originalmente contratado.

VII. CAPITAL SEGURADO: o pagamento que o(s) beneficiário(s) ou o próprio Segurado recebe em função da ocorrência do evento gerador, sob a forma de pagamento único.

VIII. CARREGAMENTO: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.

IX. COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA: cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado na hipótese de sobrevivência do Segurado ao período de diferimento contratado.

X. COBERTURA POR MORTE: cobertura que garante o pagamento de Capital Segurado na hipótese de ocorrência da morte do Segurado por qualquer causa.

XI. COBERTURA POR INVALIDEZ: cobertura que garante o pagamento de Capital Segurado na hipótese de ocorrência da invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado.

XII. CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, do Regulamento e da apólice.

XIII. DOENÇAS, LESÕES E SEQUELAS PREEXISTENTES: são aquelas que o Segurado ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor na data da assinatura da proposta de contratação.

XIV. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE: É o documento formal e legal, integrante da proposta de contratação e do Formulário de Informações Médicas, em que o Segurado presta informações sobre suas condições de saúde e suas atividades na data de assinatura dos referidos documentos, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas, sob pena de perder o direito ao Capital Segurado por morte, nos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

XV. DÉFICIT: o valor negativo do resultado financeiro.

XVI. EXCEDENTE: o valor positivo do resultado financeiro.

XVII. EVENTO GERADOR: é a ocorrência da morte ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, se contratada, do Segurado durante o período de diferimento determinado na proposta de contratação ou a sobrevivência do Segurado a esse período.

XVIII. FIE: o fundo de investimento especialmente constituído ou o fundo de investimento em quotas de fundos de investimento especialmente constituídos cujos únicos quotistas sejam, direta ou indiretamente, sociedades Seguradoras e entidades abertas de previdência complementar, ou, no caso de fundo com patrimônio segregado, Segurados e participantes de planos com cobertura por sobrevivência.

XIX. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: é a data de aceitação da proposta de contratação pela Seguradora, ou a data de protocolização da proposta no caso de ter ocorrido o pagamento adiantado do prêmio.

XX. LIMITE DE COMERCIALIZAÇÃO: valor máximo de Capital Segurado estabelecido pela Seguradora para a(s) cobertura(s) de risco, inferior ao seu limite técnico.

XXI. LIMITE DE ANTECIPAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO: Caso o segurado se encontre em fase terminal o valor máximo de antecipação será de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e atualizado anualmente no mês de Janeiro pelo IPCA-IBGE acumulado nos 12 (doze) últimos meses.

XXII. NOTA TÉCNICA ATUARIAL: documento, previamente aprovado pela SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano a que se refere este Regulamento.

XXIII. PERÍODO DE CARÊNCIA PARA A COBERTURA POR MORTE E INVALIDEZ: período, contado a partir da data de início de vigência, ou da majoração do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do evento gerador, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção da cobertura por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente, se contratada ou da parcela correspondente à majoração do Capital Segurado.

XXIV. PERÍODO DE CARÊNCIA PARA A COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência, em que não serão aceitos pedidos de resgate ou portabilidade da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

XXV. PERÍODO DE COBERTURA: para as coberturas por sobrevivência, morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente, se contratada, corresponde ao período de diferimento, durante o qual o Segurado ou seus beneficiários farão jus ao Capital Segurado contratado.

XXVI. PERÍODO DE DIFERIMENTO: período compreendido entre a data de início de vigência da cobertura por sobrevivência e a data contratada para pagamento do Capital Segurado referente à cobertura por sobrevivência.

XXVII. PORTABILIDADE: direito garantido aos Segurados de, durante o período de diferimento e na forma regulamentada, movimentar o total dos recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder para outro(s) plano(s) de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência.

XXVIII. PRÊMIO: valor correspondente a cada um dos aportes destinados ao custeio das coberturas contratadas.

XXIX. PROPONENTE: pessoa física interessada em contratar o plano.

XXX. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento, com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de contratar o plano, manifestando pleno conhecimento e aceitação das condições estabelecidas no Regulamento.

XXXI. PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA: provisão constituída durante o período de diferimento cujo valor corresponderá ao montante de recursos aportados pelo Segurado para fazer face à cobertura por sobrevivência do plano, líquidos de carregamento, quando for o caso.

XXXII. PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DA COBERTURA POR MORTE E INVALIDEZ: provisão constituída atuarialmente durante o período de cobertura, calculado em conformidade com os critérios estabelecidos na Nota Técnica Atuarial, em função da estruturação da cobertura por morte e invalidez no Regime Financeiro de Capitalização.

XXXIII. PROVISÃO DE RESGATES E OUTROS VALORES A REGULARIZAR: o saldo dos valores referentes aos resgates a regularizar, às devoluções de prêmios ou fundos e às portabilidades solicitadas e, por qualquer motivo, ainda não transferidas para a entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora receptora e aos prêmios recebidos e não cotizados. Consideram-se resgates a regularizar aqueles solicitados e por qualquer motivo ainda não pagos, bem como os valores correspondentes a resgate cujo direito não tenha sido exercido nos casos de cancelamento do contrato do segurado.

XXXIV. PROVISÃO DE EXCEDENTES FINANCEIROS: o saldo de excedentes provisionados, a ser utilizado de acordo com este Regulamento.

XXXV. REGULAMENTO: instrumento jurídico que representa as condições gerais do plano de seguro, disciplinando os direitos e obrigações das partes contratantes, sendo obrigatoriamente entregue ao Segurado no ato da inscrição como parte integrante da proposta de contratação.

XXXVI. RESGATE: direito garantido aos Segurados e beneficiários de, durante o período de diferimento, cancelar o plano e retirar os recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por sobrevivência, invalidez, se contratada, e morte.

XXXVII. RESSEGURADOR: a pessoa jurídica que compartilha com a Seguradora as responsabilidades deste seguro.

XXXVIII. RESSEGURO: operação, pela qual, a Seguradora cede ao Ressegurador, uma parte da responsabilidade referente ao prêmio recebido.

XXXIX. RESULTADO FINANCEIRO: valor correspondente, ao final do último dia útil do mês, à diferença entre o valor da parcela do patrimônio líquido do FIE, correspondente à Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, onde estejam aplicados diretamente os respectivos recursos, e o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

XL. RISCOS EXCLUÍDOS: os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

XLI. SEGURADO: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

XLII. SEGURADORA: é a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A., Seguradora autorizada pela SUSEP a operar com seguro de pessoas.

TÍTULO III

DA CONTRATAÇÃO DO PLANO

CAPÍTULO I CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO

Art. 13. Poderão propor participar do plano as pessoas físicas com idade mínima de **18 (dezoito)** anos e máxima de **70 (setenta)** anos, em boas condições de saúde, que atenderem aos requisitos previstos neste Regulamento e dispostas a aderir aos termos nela previstos, na data da assinatura da proposta de contratação.

§ 1º Para segurados com idade maior ou igual a 60 (sessenta) anos, o período máximo de diferimento não poderá exceder a diferença entre a idade de 80 (oitenta) anos e a idade do segurado na data de contratação.

§ 2º No caso de contratação da cobertura opcional de invalidez permanente total ou parcial por acidente a idade máxima de contratação será de 60 (sessenta) anos, sendo que ao atingir a idade 65 (sessenta e cinco) anos a cobertura será automaticamente excluída do plano.

Art. 14. A PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO É INDIVIDUAL, DEVENDO O PROPONENTE, ALÉM DE ASSINAR E DATAR, PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS, INCLUSIVE, SEUS BENEFICIÁRIOS E O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO DE CADA UM PARA CADA COBERTURA CONTRATADA.

§ 1º NÃO HAVENDO EXPRESSA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, OU SE POR QUALQUER MOTIVO NÃO PREVALECER A QUE FOR FEITA, O CAPITAL SEGURADO SERÁ PAGO POR METADE AO CÔNJUGE NÃO SEPARADO JUDICIALMENTE, E O RESTANTE AOS HERDEIROS DO SEGURADO, OBEDECIDA A ORDEM DA VOCAÇÃO HEREDITÁRIA PREVISTA NA LEI Nº 10.406, DE 10.01.2002 (CÓDIGO CIVIL). NA AUSÊNCIA DO CÔNJUGE E DOS HERDEIROS LEGAIS, SERÃO BENEFICIÁRIAS AS PESSOAS QUE PROVAREM QUE A MORTE DO SEGURADO AS PRIVOU DOS MEIOS NECESSÁRIOS À SUBSISTÊNCIA.

§ 2º O SEGURADO PODE ALTERAR O(S) BENEFICIÁRIO(S), MEDIANTE COMUNICAÇÃO À SEGURADORA, DURANTE O PERÍODO DE DIFERIMENTO, OBSERVADA A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Art. 15. A proposta de contratação será protocolizada na Seguradora que terá a comprovação, para cada proponente, da data do respectivo protocolo.

Art. 16. A partir da data de protocolo da proposta de contratação, sua aceitação será automática, caso, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora.

§ 1º A solicitação de documentos ou dados complementares pela Seguradora poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no "caput" deste artigo, hipótese em que tal prazo ficará suspenso.

§ 2º Nos casos em que a aceitação da proposta de contratação dependa da aprovação do Ressegurador, o prazo de 15 (quinze) dias será suspenso e voltará a contar a partir da data em que o Ressegurador se manifestar formalmente.

§ 3º A suspensão a que se referem os § 1º e 2º cessará com a protocolização dos documentos ou dos dados complementares solicitados para análise do risco, ou a partir da manifestação formal do Ressegurador.

§ 4º É NULA DE PLENO DIREITO A CONTRATAÇÃO DO PROPONENTE OU REPRESENTANTE LEGAL QUE PRESTAR DECLARAÇÕES FALSAS, ERRÔNEAS OU INCOMPLETAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, ADULTERANDO OU OMITINDO CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUENCIAR A AVALIAÇÃO DO RISCO E A SUA ACEITAÇÃO PELA SEGURADORA.

§ 5º A NULIDADE DA CONTRATAÇÃO, EM RAZÃO DAS CAUSAS MENCIONADAS NO PARÁGRAFO ANTERIOR, ACARRETERÁ A PERDA DE TODOS OS DIREITOS E BENEFÍCIOS, BEM COMO DOS VALORES PAGOS PARA CUSTEAR A COBERTURA POR MORTE E INVALIDEZ, SE CONTRATADA, NOS TERMOS DA REGULAMENTAÇÃO VIGENTE, SENDO ASSEGURADO AMPLO DIREITO DE DEFESA.

§ 6º A não aceitação será comunicada, por escrito, fundamentada na legislação vigente ou no caso previsto no parágrafo anterior, com a pronta devolução do valor aportado, atualizado, até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

Art. 17. Para aceitação da proposta de contratação, a Seguradora poderá exigir comprovação de renda e/ou provas de saúde, tais como declaração complementar de saúde e/ou de atividade laborativa, relatório médico, exames específicos e perícia médica.

Art. 18. A contratação do plano será formalizada com a assinatura, protocolização e aceitação da proposta de contratação e emissão da respectiva apólice pela Seguradora.

Art. 19. As obrigações da Seguradora decorrentes do plano contratado somente serão exigíveis a partir do início de vigência, observados os períodos de carência previstos neste Regulamento.

Art. 20. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de contratação, ou da data de protocolização da proposta no caso de ter ocorrido o pagamento adiantado do prêmio e findará às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior da data prevista para a concessão do Capital Segurado por sobrevivência.

Art. 21. O valor do Capital Segurado contratado para a cobertura por morte e invalidez permanente total e parcial, não pode ultrapassar o limite de comercialização estabelecido pela Seguradora.

Art. 22. No caso da proposta de contratação ser aceita, a Seguradora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo da proposta, emitirá e enviará apólice constando, no mínimo, os seguintes elementos:

- I - nome completo da sociedade seguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;
- II - nome completo da sociedade resseguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;
- III - indicação do número da apólice às quais o certificado individual está vinculado;
- IV - número de controle do certificado individual;
- V - número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) produtos(s) de seguro vinculado(s) ao certificado individual;
- VI - nome do segurado, seu endereço completo e respectivo CPF. Caso o segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição;
- VII - identificação do(s) beneficiário(s);
- VIII - cobertura(s) contratada(s);
- IX - valor monetário do limite máximo de garantia ou do capital segurado de cada cobertura contratada;
- X - carência(s) aplicável(is) a cada cobertura;
- XI - o período de vigência, incluindo as datas de início e término da(s) cobertura(s) contratada(s);
- XII - valor total do prêmio de seguro, discriminando:
 - a) valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;

b) valor do IOF.

XIII - prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade;

XIV - data da emissão do certificado individual;

XV - chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;

XVI - nome e número do registro Susep do corretor de seguros;

XVII - número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do certificado individual;

XVIII - número do telefone da ouvidoria da seguradora;

XIX - número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;

XX - informação do "link" no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) produtos (s) de seguro vinculado(s) ao certificado, e

XXI - texto informativo, com a seguinte redação: "SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros."

Art. 23. Não será cobrada taxa de inscrição nem quaisquer outras taxas, comissões ou valores, a qualquer título.

Art. 24. A proposta de contratação e a apólice indicarão os valores iniciais dos prêmios e dos capitais Segurados das coberturas por morte e sobrevivência, e eventualmente da cobertura opcional se contratada, o período de cobertura, bem como o(s) beneficiário(s), de acordo com as condições constantes deste Regulamento.

§ 1º O período de cobertura para a cobertura por morte, corresponde ao período de diferimento contratado para a cobertura por sobrevivência, que é o intervalo de tempo entre a data de início de vigência e a data prevista para a concessão do Capital Segurado por sobrevivência.

§ 2º O período de cobertura para a cobertura por invalidez permanente total e parcial por acidente, corresponde ao período de diferimento contratado para a cobertura por sobrevivência, que é o intervalo de tempo entre a data de início de vigência e a data prevista para a concessão do Capital Segurado por sobrevivência, limitado a idade máxima de contratação de 60 (sessenta) anos e exclusão automática aos 65 (sessenta e cinco) anos.

Art. 25. Exceto as atualizações automáticas, a alteração do valor do Capital Segurado da cobertura por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente, se contratada, deverá ser feita por intermédio de solicitação de endosso à apólice.

§ 1º Deverão constar no documento de endosso, no mínimo, as seguintes informações:

I - nome completo da sociedade seguradora e seu CNPJ;

II - indicação do número da apólice;

III - número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) produtos(s) de seguro vinculado(s) ao número da apólice;

IV - nome do segurado, respectivo CPF, telefone para contato e e-mail. Caso o segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição;

V - novo valor de capital segurado de cada cobertura contratada;

VI - valor total do prêmio de seguro, discriminando:

- a) valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;
- b) valor do IOF.

VII - prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade;

VIII - número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do endosso;

IX - número do telefone da ouvidoria da seguradora.

§ 2º Poderão ser exigidos o preenchimento de novo questionário de saúde e atividades, a apresentação de relatórios médicos ou a realização de novos exames médicos e laboratoriais, para efetivação do endosso para majoração do Capital Segurado, observando-se as mesmas regras de aceitação de proposta descritas no **Art.16**.

CAPÍTULO II CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

Art. 26. Após a análise da proposta de contratação, dos resultados de exames médicos e laboratoriais e considerando o perfil do proponente, a Seguradora avaliará e definirá a classe de risco, conforme descrito a seguir:

I. Super Preferencial Não Fumante:

O proponente não poderá ter utilizado tabaco ou nicotina nos 36 (trinta e seis) meses anteriores à data de assinatura da proposta de contratação, deverá ter excelente histórico de saúde e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco.

II. Preferencial Não Fumante

O proponente não poderá ter utilizado tabaco ou nicotina nos 12 (doze) meses anteriores à data de assinatura da proposta de contratação, deverá ter bom histórico de saúde e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco.

III. Standard Não Fumante

O proponente não poderá ter utilizado tabaco ou nicotina nos 12 (doze) meses anteriores à data de assinatura da proposta de contratação, deverá ter histórico de saúde satisfatório e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco.

IV. Preferencial Fumante

O proponente poderá utilizar tabaco ou nicotina, deverá ter bom histórico de saúde e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco.

V. Standard Fumante

O proponente poderá utilizar tabaco ou nicotina, deverá ter histórico de saúde satisfatório e não poderá desempenhar atividades e/ou profissões de risco

VI. Standard Agravado

O proponente poderá utilizar tabaco ou nicotina, deverá ter histórico de saúde satisfatório, e poderá declarar doenças pré-existentes ou desempenhar atividades e/ou profissões de risco, que sejam aceitas como riscos agravados.

TÍTULO IV

DA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES PÓS CONTRATAÇÃO

CAPÍTULO I AOS SEGURADOS

Art. 27. A Seguradora disponibilizará aos Segurados, diariamente, no mínimo, as seguintes informações:

I – caracterização (tipo e denominação) do plano;

II – denominação e CNPJ do FIE vinculado ao plano para fim de apuração de Resultado Financeiro;

III – valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por sobrevivência, invalidez e morte a que tem direito o Segurado;

IV – rentabilidade acumulada no mês, no ano civil e nos últimos 12 (doze) meses;

V – informação de que sobre o valor do resgate total incidirá imposto de renda na fonte, nos termos da legislação fiscal vigente.

Art. 28. A Seguradora, durante o período de diferimento, fornecerá **anualmente** aos Segurados, entre outras, extrato com as seguintes informações relativas à data do encerramento do período imediatamente anterior, até o 10º (décimo) dia útil de cada ano:

I – denominação e tipo do plano;

II – número do processo administrativo no qual o plano foi aprovado pela SUSEP;

III – denominação e CNPJ do FIE vinculado ao plano para apuração do Resultado Financeiro;

IV – denominação das coberturas contratadas;

V – valor dos prêmios pagos no período de competência referenciado no extrato;

VI – valor pago a título de carregamento no período de competência referenciado no extrato;

VII – valor atualizado referente a cada cobertura contratada;

VIII – saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por sobrevivência, invalidez e morte a que faz jus o Segurado, consideradas, assinaladas e especificadas as respectivas movimentações ocorridas no período de competência referenciado no extrato (prêmios, rendimentos, etc.);

IX – valor dos rendimentos auferidos no ano civil;

X – taxa de rentabilidade anual do FIE vinculado ao plano para apuração do Resultado Financeiro, no ano civil e nos últimos 12 (doze) meses;

XI – taxa de rentabilidade anual do FIE vinculado ao plano para apuração do Resultado Financeiro nos 3 (três) últimos anos civis, tomados como base, sempre, exercícios completos;

XII – valor portado de outro plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência no período de competência referenciado no extrato;

XIII – demonstrativo, mês a mês, do cálculo do resultado financeiro – excedentes ou déficits – no período de competência, contendo do mínimo:

- a) valor da parcela do patrimônio líquido do FIE relativa à provisão matemática de benefícios a conceder do segurado, devendo ser considerado, nos planos que prevejam remuneração atuarial e tenham resultado financeiro apurado de forma global, o valor total da provisão matemática de benefícios a conceder;
- b) resultado da diferença entre o valor da parcela do patrimônio líquido do FIE, correspondente à provisão matemática de benefícios a conceder, e a respectiva provisão, consignado, como “excedente”, se positivo, e como “déficit”, se negativo; e
- c) caso o plano preveja remuneração atuarial e tenha resultado financeiro apurado de forma global, resultado do “pró-rateamento” do excedente ou déficit, em função do valor de sua provisão matemática de benefícios a conceder.

XIV – saldo da provisão de excedentes financeiros, consideradas, assinaladas e especificadas as respectivas movimentações ocorridas no período de competência referenciado no extrato (provisionamentos, rendimentos, reversões à provisão matemática de benefícios a conceder, valores que acompanharam resgate total e portabilidade total/parcial para outros planos de seguros de pessoas com cobertura por sobrevivência e valores utilizados para compensação de déficits).

Parágrafo Único. Nas informações de que tratam os incisos V e VI deste artigo serão discriminados os valores destinados ao custeio de cada cobertura contratada.

Art. 29. No mínimo 90 (noventa) dias antes da data prevista para concessão do Capital Segurado da cobertura por sobrevivência, a Seguradora comunicará por escrito ao Segurado, pelo menos, as seguintes informações:

I – nome da Seguradora;

II – denominação do plano, precedida da respectiva sigla;

III – número do processo administrativo no qual o plano foi aprovado pela SUSEP;

IV – o saldo acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder e na Provisão de Excedentes Financeiros, na data do informe;

V – o valor do Capital Segurado atualizado e dos Capitais Segurados adicionais atualizados gerados pelos excedentes financeiros, com base na informação do inciso anterior;

VI – a data contratada para pagamento do Capital Segurado à vista;

VII – o seu direito de, até a data prevista para concessão do Capital Segurado por sobrevivência, e a seu único e exclusivo critério:

a) resgatar e/ou portar a totalidade dos recursos para outro plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência, inclusive de outra Seguradora, na busca das condições financeiras e de segurança que julgar de sua melhor conveniência.

Art. 30. A Seguradora disponibilizará aos Segurados, mensalmente, no mínimo, as informações referentes aos valores dos capitais Segurados e dos prêmios das coberturas por morte e sobrevivência e da cobertura opcional de invalidez permanente total ou parcial por acidente, se contratada.

CAPÍTULO II AOS ASSISTIDOS

Art. 31. A Seguradora, no pagamento do Capital Segurado à vista, fornecerá ao assistido, entre outras, as seguintes informações:

I - denominação do plano, precedida da respectiva sigla;

II - denominação da cobertura concedida;

III - número do processo administrativo no qual o plano foi aprovado pela SUSEP;

IV - valor recebido a título de pagamento único;

V - valor do imposto de renda retido na fonte sobre os valores recebidos a título de pagamento único;

VI – saldo da Provisão de Excedentes Financeiros, consideradas, assinaladas e especificadas as respectivas movimentações ocorridas no período de diferimento.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

Art. 32. A Seguradora comunicará a cada um dos Segurados, em até 30 (trinta) dias a contar do respectivo evento:

I - qualquer mudança no sistema e critérios de prestação e/ou de divulgação de informações; e

II - qualquer ato ou fato relevante relativo ao plano e respectivo FIE utilizado para apuração dos Resultados Financeiros, inclusive quaisquer alterações no regulamento do fundo.

Art. 33. Sempre que solicitados, a Seguradora fornecerá ou colocará à disposição dos Segurados e assistidos:

I - informações relativas ao plano, inclusive com relação aos respectivos valores envolvidos;

II - dados institucionais e de desempenho do FIE utilizado para apuração dos Resultados Financeiros, nos quais estão aplicados os recursos pela Seguradora no período de diferimento;

III - exemplares, atualizados, do Regulamento do plano; e

IV - exemplar do regulamento atualizado do respectivo FIE, devidamente registrado em cartório de títulos e documentos.

Art. 34 Anualmente, com base nos dados do encerramento do mês de dezembro, e relativamente a todo o ano civil, além das informações de que tratam, conforme o caso, os artigos 27 e 30, serão fornecidos aquelas necessárias ao preenchimento da declaração anual de imposto de renda.

Art. 35. As informações de que trata o presente Título poderão ser disponibilizadas por meio eletrônico, desde que conste da proposta de contratação a anuência expressa do Segurado.

Parágrafo Único. O disposto no "caput" não se aplica às informações de que trata o artigo 29, que deverão ser comunicadas por escrito.

Art. 36. Os valores de que tratam o presente Regulamento serão informados em moeda corrente nacional.

Parágrafo Único. Quando for o caso, na prestação de informações aos Segurados, a Seguradora poderá, adicionalmente ao disposto no "caput", referenciar os respectivos valores em quotas dos FIE.

TÍTULO V

DAS COBERTURAS

CAPÍTULO I DA DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

Art. 37. Coberturas Básicas:

I – **Morte do Segurado:** Se o Segurado falecer durante a vigência do seguro, por quaisquer causas, naturais ou acidentais, observando os Riscos Excluídos constantes do **Art.40**, a Seguradora garantirá ao(s) seu(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado, conforme definido no **Art. 95**, respeitando o disposto neste Regulamento e as disposições legais previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

II – **Sobrevivência do Segurado:** se o Segurado sobreviver até o término do período de diferimento, a Seguradora garantirá ao próprio Segurado o pagamento único do capital, conforme definido no **Art. 92**, respeitando o disposto nesse regulamento.

Art. 38. Cobertura Opcional:

I – **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** Garante o pagamento de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, ao próprio Segurado, **conforme especificado na proposta de contratação**, relativa a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão **em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice:**

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

- a) O Capital Segurado será apurado conforme Tabela para Cálculo de Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, constante no item e.
- b) Reintegração – A Seguradora procederá a reintegração automática da Cobertura de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, após a ocorrência de cada acidente.

Entende-se por reintegração de Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de indenização por invalidez parcial, decorrente de um determinado sinistro.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das

percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

Não haverá reintegração do Capital Segurado em caso de sinistro de invalidez permanente total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

c) O Segurado será excluído do contrato quando houver o pagamento da Indenização de Invalidez Permanente Total por Acidente, observado o direito ao resgate ou portabilidade, conforme disposto nos Artigos 62 e 68.

d) Sendo reconhecida a invalidez total e permanente pela Seguradora, o Capital Segurado será pago de uma só vez ao Segurado.

e) Tabela para Cálculo de Indenização para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação), necessário para restabelecimento do Segurado em consequência de acidente coberto, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, Indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores - de 5 (cinco) centímetros ou mais - de 4 (quatro) centímetros - de 3 (três) centímetros - menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	15 10 6

- f) Não ficando inutilizadas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o Capital Segurado por perda parcial será calculado pela aplicação, no percentual previsto na tabela, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação do percentual de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), o Capital Segurado será calculado, respectivamente, nos percentuais de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- g) Nos casos não especificados na tabela, o Capital Segurado será estabelecido tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independente de sua profissão.
- h) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o Capital Segurado será calculado, somando-se os respectivos percentuais, limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes será limitada ao percentual máximo previsto para a perda total deste membro ou órgão.
- i) No caso de perda ou maior redução de um membro ou órgão já afetado antes do acidente, o Capital Segurado será calculado, deduzindo-se do percentual devido, o grau de invalidez já existente.
- j) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito ao Capital Segurado por invalidez permanente.
- k) Se, depois de pago um Capital Segurado por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga para a cobertura de Invalidez Permanente será deduzida do Capital Segurado a ser pago pela cobertura de morte.
- l) Os capitais Segurados por morte e invalidez permanente não se acumulam.

Art. 39. Cobertura Adicional:

- I – Antecipação do Capital Segurado Pago em Vida, no caso em que o segurado se encontre em fase terminal ocasionada por doença.**

Essa cobertura adicional consiste na antecipação do pagamento de 50% do Capital Segurado da cobertura por morte, quando comprovadamente o Segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças e está descrita nos **Artigos 104 a 109, no Capítulo V-DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.**

O valor da cobertura adicional não poderá ultrapassar o limite de Antecipação do Capital Segurado vigente a época, conforme definido no inciso XXI do artigo 12 deste Regulamento.

Essa cobertura adicional não terá cobrança de prêmios.

CAPÍTULO II DAS EXCLUSÕES GERAIS

Art. 40. Riscos Excluídos:

I- Estarão excluídos da(s) cobertura(s) do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, terrorismo, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se for comprovado que o sinistro tenha ocorrido da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- c) doenças preexistentes não declaradas na proposta de contratação e de conhecimento do Segurado na época da contratação do seguro, ressalvado o disposto no artigo 101;**
- d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no artigo 762 do Código Civil vigente;**
- e) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;**
- f) suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 02 (dois) anos de vigência individual;**
- g) tufões, inundação, furacão, ciclone, maremoto, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;**
- h) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
- i) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**

- j) participação do Segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa ou estado de necessidade;**
- k) imprudência ou negligência grave do Segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;**
- l) competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal da prática de esportes; e**
- m) o Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada;**

II- Além dos riscos mencionados no inciso I desse artigo, estarão também excluídos da(s) cobertura(s) do seguro, decorrentes de Acidente Pessoal, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que seja as suas causas, desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**

III- EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO III DO PERÍODO DE DIFERIMENTO

Seção I

Do período de carência das coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente

Art. 41. Para as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente, não será adotado período de carência.

PARÁGRAFO ÚNICO. Não haverá período de carência em caso de evento gerador decorrente de acidente pessoal, **ressalvado o disposto no artigo 40.**

Art. 42. EM CASO DE DÚVIDA JUSTIFICADA QUANTO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO ANTES DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, A SEGURADORA PODERÁ SOLICITAR DO BENEFICIÁRIO COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DAQUELA.

Seção II Dos Prêmios

Art. 43. O valor e a periodicidade dos prêmios serão estipulados na Proposta de Contratação, podendo a periodicidade ser mensal ou anual.

Art. 44. Os prêmios serão pagos pelo Segurado, antecipadamente em relação ao período de vigência, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente, desconto em folha de pagamento ou por meio de cartão de crédito, conforme estabelecido na proposta de contratação.

§ 1º Será facultado ao Segurado o pagamento por mais de uma das formas previstas no "caput".

§ 2º O pagamento poderá ser feito no primeiro dia útil após o feriado bancário ou fim de semana se a data de vencimento ocorrer nestes dias.

§ 3º Excetuados os carregamentos convencionados neste Regulamento, é vedada a dedução de quaisquer valores que venham a ser apropriados como receita da Seguradora.

Art. 45. Quando o pagamento for feito mediante ficha de compensação ou equivalente, esta será enviada ao Segurado, diretamente ou pelo correio, com antecedência de, pelo menos, 10 (dez) dias da data de seu vencimento.

Parágrafo Único. O Segurado que não receber a ficha de compensação ou outro documento correspondente deverá fazer o recolhimento de seu pagamento por via postal ou por ordem de pagamento na rede bancária credenciada em favor da Seguradora, até a data do vencimento, indicando seu nome, número da apólice e endereço atualizado.

Art. 46 Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, a fatura de cartão de crédito.

Art. 47. A INTERRUPÇÃO DEFINITIVA OU TEMPORÁRIA DO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS CONSTITUIRÁ MOTIVO PARA CANCELAMENTO DO PLANO, OBSERVADO O DISPOSTO NOS ARTIGOS 50 E 51 E RESSALVADO O DIREITO AO RESGATE OU PORTABILIDADE PREVISTO NOS ARTIGOS 62 E 68.

Art. 48. Os prêmios destinados ao custeio das coberturas por morte e da cobertura opcional de invalidez permanente total ou parcial por acidente, se contratada, serão calculados atuarialmente conforme definido na Nota Técnica Atuarial.

§ 1º No caso do não pagamento do primeiro prêmio, não entrará em vigor a Cobertura por morte e a cobertura opcional de invalidez permanente total ou parcial por acidente, se contratada, relativa a este seguro.

§ 2º O(s) prêmio(s) vencido(s) e não pago(s) será(ão) acrescido(s) de juros de 1% (um por cento) ao mês e atualizado(s) monetariamente pelo índice previsto neste Regulamento, observado o disposto no **§ 2º do Art. 90**.

§ 3º Para o cálculo do Prêmio, será considerado a idade completa em anos do Segurado, na data da contratação, e caso tenha transcorrido 6 (seis) meses ou mais da data do último aniversário do Segurado, será considerado um ano a mais de vida.

Art. 49. A critério da Seguradora, após a análise da proposta de contratação, poderão ser concedidos descontos ou agravos, sobre o valor do prêmio constante da proposta, de acordo com a classificação do risco individual. No caso de desconto, o Segurado poderá optar na proposta de contratação na manutenção do prêmio e majoração do Capital Segurado.

Parágrafo Único – No caso de majoração do Capital Segurado poderão ser exigidos a apresentação de relatórios médicos ou a realização de novos exames médicos e laboratoriais.

Art. 50. – NO CASO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, DURANTE PERÍODO DE ATÉ 60 (SESSENTA) DIAS DE ATRASO DOS PRÊMIOS, O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, SE CONTRATADA, SERÁ PAGO DEDUZIDO OS PREMIOS DEVIDOS, ACRESCIDOS DE JUROS MORATÓRIO IGUAL A 1% (UM POR CENTO) AO MÊS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE ACORDO COM O ÍNDICE ADOTADO NO PLANO, CONFORME CRITÉRIO ESTABELECIDO NO § 2º DO ART. 90 DESTES REGULAMENTO.

Parágrafo Único – PARA FINS DESTES REGULAMENTO ENTENDE-SE O PRAZO ESPECIFICADO NO *CAPUT* DESTES ARTIGO COMO O PRAZO DE TOLERÂNCIA CONCEDIDO PARA A COBERTURA.

Art. 51. – TRANSCORRIDOS 60 (SESENTA) DIAS DO VENCIMENTO DO PRÊMIO DEVIDO E NÃO PAGO, RESSALVADO O DISPOSTO NO ARTIGO ANTERIOR, A PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER PARA AS COBERTURAS DE MORTE E INVALIDEZ, SE CONTRATADA, E O VALOR RESULTANTE DA APLICAÇÃO DO PERCENTUAL DA TABELA DO ART.66 SOBRE O SALDO DA PROVISÃO DE EXCEDENTE FINANCEIRO DA COBERTURA DE MORTE, SERÃO TRANSFORMADOS EM BENEFÍCIO PROLONGADO, GERANDO UM PRAZO REDUZIDO DE COBERTURA E MANTENDO O MESMO CAPITAL SEGURADO VIGENTE A ÉPOCA. A COBERTURA DE SOBREVIVÊNCIA SERÁ CANCELADA E A SUA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER, SERÁ PAGA NA FORMA DE RESGATE OBSERVADO O PERÍODO DE CARÊNCIA ESTABELECIDO NO ART. 62.

§ 1º – A QUALQUER MOMENTO, ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO DE 60 (SESENTA) DIAS PREVISTO NO CAPUT DESTES ARTIGOS, O SEGURADO PODERÁ REABILITAR A COBERTURA EFETUANDO O PAGAMENTO DOS PRÊMIOS EM ATRASO ACRESCIDOS DE JUROS MORATÓRIOS IGUAL A 1% (UM POR CENTO) AO MÊS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE ACORDO COM O ÍNDICE ADOTADO NO PLANO, CONFORME CRITÉRIO ESTABELECIDO NO § 2º DO ART.90 DESTES REGULAMENTOS.

§ 2º – A SEGURADORA NOTIFICARÁ O SEGURADO, COM ANTECEDÊNCIA DE PELO MENOS 10 (DEZ) DIAS ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO DE 60 (SESENTA) DIAS, PREVISTO NO CAPUT DESTES ARTIGOS, ATRAVÉS DE CORRESPONDÊNCIA AO MESMO, ADVERTINDO-O QUANTO A NECESSIDADE DE QUITAÇÃO DOS PRÊMIOS EM ATRASO, SOB PENA DE CANCELAMENTO DA COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, E TRANSFORMAÇÃO EM BENEFÍCIO PROLONGADO DAS COBERTURAS POR MORTE E INVALIDEZ, SE CONTRATADA.

§ 3º – APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE BENEFÍCIO PROLONGADO, A APÓLICE ESTARÁ CANCELADA.

Seção III Da Atualização

Art. 52. - Até a ocorrência do evento gerador, os valores dos capitais Segurados e dos prêmios destinados ao custeio das coberturas por morte, sobrevivência e invalidez total ou parcial por acidente, se contratada, serão atualizados anualmente no mês do aniversário da adesão ao plano, pelo **IPCA-IBGE acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o **mês anterior ao do aniversário do plano**.**

Parágrafo Único - No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores estabelecido no caput desse artigo, a Seguradora adotará o **INPC/IBGE** como índice substituto.

Seção IV

Do carregamento

Sobre a parcela do prêmio destinada à cobertura por sobrevivência

Art. 53. PARA FAZER FACE ÀS DESPESAS DO PLANO RELATIVAS À COLOCAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E CORRETAGEM, A SEGURADORA COBRARÁ CARREGAMENTO DE **10% (dez por cento)**, SOBRE A PARCELA DO PRÊMIO DESTINADO A COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, QUANDO DE SEU RECEBIMENTO, E **CONFORME TABELA A SEGUIR**, QUANDO DA EFETIVAÇÃO DE PEDIDO DE RESGATE OU PORTABILIDADE, SOBRE O SALDO DO VALOR NOMINAL DAS PARCELAS DO PRÊMIO DESTINADOS À COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, PAGAS NA FORMA DO **ART. 43**, CONTIDO NO MONTANTE DOS RECURSOS RESGATADOS OU PORTADOS, FICANDO A SEGURADORA RESPONSÁVEL POR INFORMAR AO SEGURADO, POR ESCRITO, À ÉPOCA, QUANTO DO VALOR MOVIMENTADO REFERE-SE ÀQUELE SALDO E O RESPECTIVO VALOR DE CARREGAMENTO.

Ano(s) completo(s) de Vigência	% Carregamento
1 ano	10%
2 anos	9%
3 anos	8%
4 anos	7%
5 anos	6%
6 anos	5%
7 anos	4%
8 anos	3%
9 anos	2%
10 anos	1%
11 anos ou mais	0%

Art. 54. O CARREGAMENTO, O CRITÉRIO E A FORMA DE COBRANÇA CONSTARÃO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO. O VALOR OU O PERCENTUAL DE CARREGAMENTO REFERENTE À COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA NÃO SOFRERÁ AUMENTO, FICANDO SUA REDUÇÃO A CRITÉRIO DA SEGURADORA.

PARÁGRAFO ÚNICO. NO CASO DE REDUÇÃO DO CARREGAMENTO, ELA SERÁ IDÊNTICA PARA TODOS OS SEGURADOS DO PLANO.

Seção V

Do carregamento

Sobre as parcelas do prêmio destinadas à cobertura básica por morte e cobertura opcional por invalidez permanente total ou parcial por acidente

Art. 55. O carregamento para fazer face às despesas do plano relativas à colocação, administração e corretagem será de **20% (vinte por cento)** sobre as parcelas do prêmio destinadas à cobertura básica por morte e cobertura opcional por invalidez permanente total ou parcial por acidente.

Art. 56. O CARREGAMENTO, O CRITÉRIO E A FORMA DE COBRANÇA CONSTARÃO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO. O VALOR OU PERCENTUAL DE CARREGAMENTO NÃO SOFRERÁ AUMENTO, FICANDO SUA REDUÇÃO A CRITÉRIO DA SEGURADORA.

PARÁGRAFO ÚNICO. NO CASO DE REDUÇÃO DO CARREGAMENTO, ELA SERÁ IDÊNTICA PARA TODOS OS SEGURADOS DO PLANO.

Seção VI

Da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por morte, invalidez e sobrevivência

Art. 57. A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por morte e invalidez será calculada atuarialmente conforme Nota Técnica Atuarial, com base nos valores das parcelas do prêmio pago destinado ao custeio da cobertura por morte e invalidez.

Art. 58. A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência será constituída com base no valor da parcela do prêmio pago destinado ao custeio da cobertura por sobrevivência, deduzido, quando for o caso, o carregamento.

Art. 59. O saldo das Provisões Matemáticas de Benefícios a Conceder, calculadas conforme descrito nos **artigos 57 e 58**, será remunerado, mensalmente, no último dia útil de cada mês, com base no seguinte parâmetro técnico:

I - taxa de juros efetiva anual: **3 % a.a.** (três por cento ao ano).

II - índice de atualização de valores: **IPCA-IBGE**

Seção VII

Da aplicação dos recursos destinados às coberturas por morte, invalidez e sobrevivência

Art. 60. A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, calculada atuarialmente para as coberturas por morte e invalidez e os recursos vertidos para a cobertura por sobrevivência,

depois de descontado o carregamento e apropriados à Provisão Matemática de Benefícios a Conceder para a cobertura por sobrevivência, serão aplicados, pela Seguradora, em quotas do respectivo FIE utilizado para apuração do Resultado Financeiro, até o segundo dia útil subsequente ao da efetiva disponibilidade dos recursos, em sua sede ou dependências, tendo como base o valor da quota em vigor no respectivo dia da aplicação.

Art. 61. A carteira de investimentos do FIE, denominado **MAPFRE HEDGE FI RENDA FIXA PREV**, e registrado no CNPJ sob n.º **12.124.044/0001-02**, será composta:

Por títulos de emissão do Tesouro Nacional e/ou do Banco Central do Brasil, por créditos securitizados do Tesouro Nacional e por investimentos de renda fixa, nas modalidades e dentro dos critérios, diversificação e diversidade, admitidos pela regulamentação vigente.

Seção VIII Do Resgate

Art. 62. INDEPENDENTE DO NÚMERO DE PRÊMIOS PAGOS É PERMITIDO AO SEGURADO SOLICITAR O RESGATE TOTAL, DE RECURSOS DO SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER CONSTITUÍDA PARA AS COBERTURAS POR MORTE, INVALIDEZ E SOBREVIVÊNCIA, APÓS O CUMPRIMENTO, A CONTAR DA DATA DE PROTOCOLO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, DE PERÍODO DE CARÊNCIA DE **24 (vinte e quatro) MESES**.

Art. 63. Os períodos de que trata o artigo anterior serão idênticos para todos os Segurados, podendo ser automaticamente modificados quando contrariarem as normas baixadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP ou pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Parágrafo Único. Ocorrendo alteração, a Seguradora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, comunicará por escrito a cada um dos Segurados os novos períodos que atendam à regulamentação.

Art. 64. Na ocorrência de invalidez total e permanente, comprovada mediante declaração médica ou no caso da ocorrência da morte do Segurado, o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por morte, invalidez e sobrevivência, mediante solicitação devidamente instruída e registrada na Seguradora, será posto a disposição integralmente do Segurado, no caso de invalidez, ou do(s) Beneficiário(s), no caso de morte, conforme determina o **Art. 65**, para recebimento, sem qualquer prazo de carência, à vista.

Parágrafo Único. O pagamento somente será efetuado após pleno reconhecimento do evento gerador pela Seguradora.

Art. 65. O pedido de resgate total deve ser efetuado com base no saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por morte, invalidez e sobrevivência, mediante registro de solicitação na Seguradora, devidamente instruída, especificando:

- I - denominação do plano;
- II - documento de identidade e cadastro de pessoas físicas - CPF;
- III - dados bancários para a efetivação do pagamento, quando couber;
- IV - no caso de invalidez do Segurado, declaração médica, atestando ser total e permanente e data de sua caracterização; e
- V – comprovante de residência para os casos exigidos pela legislação vigente.

Art. 66. O pagamento do resgate total será efetivado com base em **100% (cem por cento)** da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, deduzido o carregamento de saída estabelecido no **Art. 53**, e com base em percentual da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por morte e invalidez conforme tabela abaixo:

Ano Completo de Vigência	% de Resgate da PMBAC das coberturas de Morte e Invalidez
1º ano	0%
2º ano	0%
3º ano	30%
4º ano	40%
5º ano	50%
6º ano	60%
7º ano	70%
8º ano	80%
9º ano	90%
10º ano ou mais	100%

§ 1º O RESGATE TOTAL IMPLICARÁ NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO PLANO.

§ 2º O PAGAMENTO DEVE SER EFETUADO EM CHEQUE CRUZADO, INTRANSFERÍVEL, CRÉDITO EM CONTA CORRENTE, DOCUMENTO DE ORDEM DE CRÉDITO – DOC OU TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA DISPONÍVEL - TED, ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL SUBSEQUENTE ÀS RESPECTIVAS DATAS DETERMINADAS PELO SEGURADO OU À DO RECONHECIMENTO DO EVENTO GERADOR DE QUE TRATA O ART. 55 DESTE REGULAMENTO.

§ 3º PARA DEFINIÇÃO DO PERCENTUAL DE RESGATE DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DAS COBERTURAS DE MORTE E INVALIDEZ SERÁ CONSIDERADO O ANO COMPLETO DE VIGÊNCIA NA DATA DE PEDIDO DE RESGATE TOTAL, CONFORME REGISTRO DE SOLICITAÇÃO NA SEGURADORA.

Art. 67. SOBRE O VALOR RESGATADO, ALÉM DA COBRANÇA DE CARREGAMENTO POSTECIPADO, NA FORMA DESCRITA NESTE REGULAMENTO, HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

Seção IX

Da Portabilidade

Art. 68. INDEPENDENTE DA QUANTIDADE E DO VALOR DOS PRÊMIOS PAGOS, O SEGURADO PODERÁ SOLICITAR PORTABILIDADE, PARA OUTRO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COM COBERTURA POR SOBREVIVÊNCIA, DESTA OU DE OUTRA SEGURADORA, DOS RECURSOS DO SALDO DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DAS COBERTURAS POR SOBREVIVÊNCIA, MORTE E INVALIDEZ, APÓS O CUMPRIMENTO DE PRAZO DE CARÊNCIA DE **6 (SEIS) MESES**, A CONTAR DA DATA DE PROTOCOLO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO NA SEGURADORA.

Art. 69. Os prazos de que trata o artigo anterior serão idênticos para todos os Segurados, podendo ser automaticamente modificados quando contrariarem alterações específicas nas normas baixadas pelo CNSP ou pela SUSEP.

Parágrafo Único. Ocorrendo alteração, a Seguradora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, comunicará por escrito a cada um dos Segurados os novos períodos que atendam à regulamentação.

Art. 70. A portabilidade será efetuada mediante solicitação do Segurado, devidamente registrada na Seguradora, informando:

- I- o plano (ou planos) de seguro de pessoas com coberturas por sobrevivência, morte e invalidez, quando da mesma Seguradora; ou
- II- o plano (ou planos) de seguro de pessoas com coberturas por sobrevivência, morte e invalidez e respectiva Seguradora (ou Seguradoras), quando para outra sociedade (ou sociedades); e
- III- respectivas datas.

§ 1º Deverá ser anexada, pelo Segurado, à solicitação de que trata o "caput", documento expedido pela SEGURADORA cessionária, contendo a data em que o plano receptor foi contratado e declaração de que não se opõe à portabilidade total.

§ 2º Nos casos de portabilidade para plano de seguro de pessoas com coberturas por sobrevivência, morte e invalidez onde o Segurado não esteja inscrito, deverá ser previamente formalizado o preenchimento de Proposta de Contratação e adotadas todas as demais providências previstas na regulamentação em vigor.

Art. 71. O pagamento da portabilidade será efetivado com base em **100% (cem por cento)** da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, deduzido o carregamento de saída estabelecido no **Art. 53**, e com base em percentual da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por morte e invalidez conforme tabela abaixo:

Ano Completo de Vigência	% de Portabilidade da PMBAC das coberturas de Morte e Invalidez
1º ano	0%
2º ano	0%
3º ano	30%
4º ano	40%
5º ano	50%
6º ano	60%
7º ano	70%
8º ano	80%
9º ano	90%
10º ano ou mais	100%

§ 1º A PORTABILIDADE IMPLICARÁ NO AUTOMÁTICO DESLIGAMENTO DO PLANO.

§ 2º PARA DEFINIÇÃO DO PERCENTUAL DE PORTABILIDADE DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DAS COBERTURAS DE MORTE E INVALIDEZ SERÁ CONSIDERADO O ANO COMPLETO DE VIGÊNCIA NA DATA DE PEDIDO DE PORTABILIDADE, CONFORME REGISTRO DE SOLICITAÇÃO NA SEGURADORA.

Art. 72. A PORTABILIDADE DEVERÁ SER EFETIVADA PELA SEGURADORA CEDENTE DOS RECURSOS ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL SUBSEQUENTE ÀS RESPECTIVAS DATAS DETERMINADAS PELO SEGURADO.

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão portados diretamente entre as Seguradoras, ficando vedado que transitem, sob qualquer forma, pelo Segurado.

Art. 73. O Segurado deverá receber documento fornecido pela Seguradora:

I – cedente dos recursos, no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis, a contar das respectivas datas determinadas pelo Segurado para as portabilidades, atestando a data de sua efetivação e o respectivo valor (ou valores) e Seguradora (ou Seguradoras) cessionária (s); e

II – cessionária dos recursos, no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis, a contar das respectivas datas de recepção dos recursos, atestando a data de recebimento e respectivo valor (ou valores) e plano (ou planos).

Art. 74. É vedada a portabilidade de recursos entre Segurados.

Art. 75. SOBRE O VALOR DA PORTABILIDADE, ALÉM DA COBRANÇA DE CARREGAMENTO POSTECIPADO, NA FORMA PREVISTA NESTE REGULAMENTO, HAVERÁ INCIDÊNCIA DE DESPESAS RELATIVAS ÀS TARIFAS BANCÁRIAS NECESSÁRIAS À PORTABILIDADE.

Seção X Do Cancelamento

Art. 76. O Segurado poderá solicitar o cancelamento de seu plano a qualquer momento.

§ 1º Os valores da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder das coberturas por morte, invalidez e sobrevivência estarão disponíveis para resgate total, conforme previsto no **Art. 66**.

§ 2º O valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, morte e invalidez estará disponível para portabilidade total, conforme previsto no **Art. 71**.

§ 3º Deverão ser respeitadas as carências previstas no **Art. 62** para pagamento do resgate total e no **Art. 68** para efetivação de portabilidade total.

Seção XI Da Perda de Direito

Art. 77. O segurado perderá o direito à indenização caso seja constatado que tenha agravado intencionalmente o risco.

Art. 78. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de contratação ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Art. 79. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, 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(s) beneficiário(s) ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

Art. 80. O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

Art. 81. A seguradora, desde que o faça em 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

PARÁGRAFO ÚNICO. Nos casos em que o aviso de agravação do risco for gerado por doença, ressalvado o disposto no artigo 78, a Seguradora não utilizará essa informação durante a vigência do seguro para alterar direitos e deveres previstos nesse regulamento, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

Art. 82. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Seção XII

Dos Resultados Financeiros das coberturas por morte e sobrevivência durante o período de diferimento

Art. 83. O resultado financeiro será apurado ao final do último dia útil de cada mês, durante o período de diferimento, considerando o patrimônio líquido do FIE onde estejam aplicados os recursos das Provisões Matemáticas de Benefícios a Conceder das coberturas por morte e sobrevivência.

Art. 84. Apurado excedente ao final do último dia útil de cada mês, o valor correspondente ao percentual de reversão, definido conforme tabela de que trata o **Art. 6º**, será incorporado à pertinente Provisão de Excedentes Financeiros de cada cobertura, deduzindo-se

eventuais déficits calculados de acordo com o percentual contratado, relativo a períodos anteriores e cobertos pela Seguradora.

Art. 85. Apurado déficit ao final do último dia útil de cada mês, deverá ser ele totalmente coberto pela Seguradora, na mesma data, mediante aporte de recursos à parcela do patrimônio líquido do FIE, onde estejam aplicados diretamente os respectivos recursos, correspondente à Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

§ 1º Para cobertura do déficit a Seguradora utilizará:

I - recursos da respectiva Provisão de Excedentes Financeiros das coberturas, que não poderão exceder o valor da parcela do déficit calculado com base no percentual estabelecido para reversão de resultados financeiros ao segurado, e/ou

II - recursos próprios livres da Seguradora.

§ 2º Não tendo a respectiva Provisão de Excedentes Financeiros das coberturas, saldo suficiente para atender ao disposto no inciso I do parágrafo anterior, a Seguradora deverá suprir a insuficiência.

§ 3º A insuficiência de que trata o parágrafo anterior, remunerada pela taxa de rentabilidade do respectivo FIE, deverá ser ressarcida através da redução de excedentes futuros a que faça jus o Segurado, como estabelecido no presente Regulamento.

§ 4º Os recursos utilizados na cobertura de déficits deverão ser sempre representados por quotas do respectivo FIE onde estejam aplicados diretamente os recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

Art. 86. O saldo da Provisão de Excedentes Financeiros gerado para a cobertura por sobrevivência será calculado diariamente e revertido à Provisão Matemática de Benefícios a Conceder dessa cobertura **anualmente** no último dia do mês seguinte ao mês de aniversário do plano.

PARÁGRAFO ÚNICO. A Reversão do Excedente Financeiro para a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, será considerado como Prêmio Único Puro para a cobertura por sobrevivência, gerando um Capital Segurado Adicional, na data final de diferimento do plano, calculado conforme determinado na Nota Técnica Atuarial.

Art. 87. O saldo da Provisão de Excedentes Financeiros gerado para a cobertura por morte será calculado diariamente e revertido à Provisão Matemática de Benefícios a Conceder dessa cobertura quando **da solicitação de Resgate ou Portabilidade Total durante o período de diferimento ou no final desse período, quando terminará a vigência da apólice.**

§ 1º Na solicitação do Resgate ou Portabilidade Total, sobre o valor do Excedente Financeiro revertido para a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por morte, será aplicado o previsto nos **artigos 66 e 71** desse regulamento, respectivamente.

§ 2º O valor da reversão do Excedente Financeiro para a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por morte na data final do diferimento, poderá ser resgatado ou considerado como Benefício Prolongado, gerando um prazo adicional de cobertura e mantendo o mesmo Capital Segurado vigente à época, conforme determinado na Nota Técnica Atuarial.

§ 3º Durante o período de Benefício Prolongado, cessará o direito à reversão de Excedentes Financeiros.

§ 4º No caso de morte do segurado durante o prazo de diferimento, o saldo da Provisão de Excedentes Financeiros gerado pela cobertura por morte será pago ao(s) beneficiário(s) indicado(s).

CAPÍTULO IV DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

Seção I Da Atualização

Art. 88. No caso de não aceitação da proposta de contratação, deverão ser devolvidos os valores pagos, atualizados pela variação positiva do índice de atualização de valores estabelecido no plano, o **IPCA/IBGE**, apurada entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeitos à aplicação de mora e/ou multa, conforme seção II deste capítulo.

Art. 89. Os valores devidos a título de Capital Segurado e portabilidade total para a cobertura de sobrevivência, morte e invalidez, se contratada, e o valor devido a título de resgate total para as coberturas de sobrevivência, morte e invalidez, se contratada, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice de atualização de valores estabelecido no plano, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

PARÁGRAFO ÚNICO. A Provisão de Resgates e Outros Valores a Regularizar será atualizada pró-rata dia, com base na variação positiva do índice de atualização de valores estabelecido no plano, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade do pagamento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

Art. 90. Os valores devidos referentes às coberturas por morte e por invalidez permanente total ou parcial por acidente, desde a data da ocorrência do evento gerador até a data do efetivo pagamento, não serão atualizados na hipótese da Seguradora cumprir o prazo contratualmente estabelecido.

§ 1º Caso o prazo previsto contratualmente seja descumprido, os valores devidos serão atualizados monetariamente desde a data de sua exigibilidade até a data do seu efetivo pagamento, pela variação positiva do índice estabelecido no plano.

§ 2º A atualização de que trata o parágrafo anterior deste artigo e o **Art. 88** será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data em que os valores devidos se tornaram exigíveis e aquele publicado imediatamente anterior à data de

sua efetiva liquidação, estando ainda sujeita à aplicação de mora e/ou multa, conforme **Seção II deste Capítulo**.

§ 3º Caso o Segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital Segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observando o **IPCA-IBGE** acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

§ 4º É IMPORTANTE QUE O ASSISTIDO OU O(S) BENEFICIÁRIO(S) AGILIZE(M) SUA HABILITAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DO CAPITAL SEGURADO JUNTO À SEGURADORA, APRESENTANDO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, IMEDIATAMENTE APÓS A OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR.

§ 5º No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores estabelecido no plano, a Seguradora adotará o **INPC/IBGE** como índice substituto.

Seção II

Da Aplicabilidade da Mora

Art. 91. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista, e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo previsto contratualmente, sendo o referido acréscimo efetuado a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

§ 1º Os juros moratórios serão equivalentes à taxa de 1% (um por cento) ao mês.

§ 2º Para este plano não será adotada multa.

CAPÍTULO V DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Seção I – Da Cobertura por Sobrevivência

Art. 92. No primeiro dia útil seguinte à data prevista para o término do período de diferimento, será concedido ao Segurado o Capital Segurado sob a forma de pagamento único, calculado com base no saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, verificado ao término daquele período.

Art. 93. O Capital Segurado será pago à vista mediante cheque nominativo, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito ou crédito em conta corrente bancária.

Art. 94. SOBRE O VALOR DO CAPITAL SEGURADO HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

Seção II – Da Cobertura por Morte

Do Pagamento Único Por Morte

Art. 95. O objetivo desta cobertura é a concessão de um Capital Segurado na forma de pagamento único, ao(s) beneficiário(s) indicado(s), em decorrência da morte do Segurado ocorrida durante o período de cobertura, observadas as demais condições deste Regulamento.

§ 1º. O âmbito geográfico das coberturas de risco será o globo terrestre.

§ 2º. O PERÍODO DE COBERTURA CORRESPONDERÁ AO PERÍODO DE DIFERIMENTO, OBSERVADAS AS DEMAIS CONDIÇÕES PREVISTAS NESTE REGULAMENTO.

Art. 96. O Segurado poderá, a qualquer tempo, substituir os beneficiários indicados, bem como o percentual de participação de cada um, mediante comunicação à Seguradora por escrito ou por outro meio possível de se comprovar e produzirá efeitos a partir da data de protocolo

Art. 97. Caso um ou mais beneficiários venham falecer antes do Segurado, o valor da cobertura será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observado o percentual indicado de participação de cada um.

Art. 98. Não havendo expressa indicação de beneficiário(s), ou na falta dele(s), será observado o definido no § 1º do Artigo 14 deste Regulamento.

Art. 99. Para habilitação ao recebimento do Capital Segurado, os beneficiários deverão apresentar a seguinte documentação completa:

- a) documento de identidade do Segurado;
- b) certidão de óbito do Segurado;
- c) documento de identidade, certidão de casamento ou certidão de nascimento e CPF ou CNPJ dos beneficiários, e do(s) representante(s) legal(is), se for o caso;
- d) boletim de ocorrência policial e laudo de necropsia do Instituto Médico Legal, se for o caso;
- e) laudo do médico assistente do Segurado.

PARÁGRAFO ÚNICO. NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR OU HABILITAÇÃO DO(S) BENEFICIÁRIO(S), PODERÃO SER EXIGIDOS OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO *CAPUT* DO ARTIGO.

Art. 100. O Capital Segurado será devido após a data do falecimento do Segurado, devidamente comprovado, e será pago em até 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação.

§ 1º Para efeito de determinação do capital segurado vigente será considerada a data da ocorrência da morte do Segurado.

§ 2º Será suspensa a contagem do prazo de que trata o "caput" no caso de solicitação de nova documentação, respeitado o disposto no parágrafo único do artigo anterior.

§ 3º A suspensão a que se refere o § 2º cessará a partir do dia útil subsequente àquele da protocolização da documentação solicitada.

Art. 101. A Seguradora não poderá contestar o pagamento do Capital Segurado no caso de morte ou no caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado por alegação de preexistência de doença ou lesão, se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

- a) 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da Apólice, caso o Segurado tenha sido submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação; ou
- b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice, caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação.

PARÁGRAFO ÚNICO. Findos os prazos anteriormente citados, a Seguradora pagará o Capital Segurado Líquido em caso de sinistro, observado o que dispõe este Regulamento.

Art. 102. NÃO É DEVIDA ESTA COBERTURA QUANDO A MORTE DECORRER:

- a) DE DOENÇA, LESÃO OU SEQUELAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO, NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E COMPROVADAMENTE DE CONHECIMENTO DO SEGURADO NA DATA DA CONTRATAÇÃO, RESSALVADO O DISPOSTO NO ARTIGO 101;
- b) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
- c) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DE ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; E
- d) DE SUICÍDIO NOS PRIMEIROS 24 (VINTE E QUATRO) MESES DE VIGÊNCIA DO CONTRATO.

PARÁGRAFO ÚNICO. NÃO SE CONSIDERARÁ COMO RISCO EXCLUÍDO A MORTE DO SEGURADO PROVENIENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

Art. 103. SOBRE O VALOR DO CAPITAL SEGURADO HAVERÁ INCIDÊNCIA DE TRIBUTOS, DE ACORDO E POR CONTA DE QUEM A LEGISLAÇÃO FISCAL VIGENTE DETERMINAR.

Da Antecipação do Pagamento Único Por Morte

Art. 104. Serão adiantados 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado contratado para a cobertura de morte, **ressalvado o disposto no artigo 40**, respeitando o limite de Antecipação do Capital Segurado estipulado no **inciso XXI do Art. 12**, mediante solicitação do Segurado ou de seu representante legal, nos casos em que o Segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças, cuja data de início da moléstia e de seu diagnóstico, ou acidente, seja posterior à contratação do seguro.

PARÁGRAFO ÚNICO - O âmbito geográfico dessa cobertura será o globo terrestre.

Art. 105. Considera-se "paciente em fase terminal" o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo máximo de 6 (seis) meses da data do diagnóstico.

Art. 106. Para a solicitação do recebimento do Capital Segurado desta cobertura, o segurado deverá apresentar a seguinte documentação completa:

- a.** FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal;
- b.** Documento de identidade (RG) e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c.** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- d.** Informação de dados bancários do Segurado;
- e.** Atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevida do Segurado, atestado este que deverá vir acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes, **ressalvados o direito da Seguradora disposto no artigo 109.**

§ 1º O Médico Assistente é o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

§ 2º NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, PODERÃO SER EXIGIDOS OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO *CAPUT* DO ARTIGO.

Art. 107. A antecipação da indenização será paga ao Segurado ou representante legal.

§ 1º O Capital Segurado será devido após a caracterização da fase terminal do Segurado, devidamente comprovado, e será pago em até 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação.

§ 2º Para efeito de determinação do capital segurado vigente será considerada a data do respectivo atestado emitido pelo médico assistente.

§ 3º Será suspensa a contagem do prazo de que trata o § 1º deste artigo, no caso de solicitação de nova documentação, respeitado o disposto no § 2º do artigo anterior.

§ 4º A suspensão a que se refere o § 3º cessará a partir do dia útil subsequente àquele da protocolização da documentação solicitada.

Art. 108. Se o Segurado vier a falecer durante a vigência do seguro, será pago ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na proposta de contratação o Capital Segurado contratado para a cobertura de morte, deduzindo-se o adiantamento aqui referido, se houver, visto que esta cobertura e a de morte não se acumulam, além do direito ao resgate da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência.

Art. 109. A Seguradora no caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado poderá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

§ 1º A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 03 (três) membros indicados, respectivamente, pelo Segurado, pela Seguradora e um terceiro, de comum acordo por ambas as partes.

§ 2º Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

§ 3º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.

§ 4º 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 da cobertura.

Seção III – Da Cobertura Opcional

Do Pagamento Único Por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Art. 110. O objetivo desta cobertura é a concessão de um Capital Segurado na forma de pagamento único, ao próprio Segurado, na ocorrência dos eventos cobertos descritos no **Art. 38**.

§ 1º. O âmbito geográfico dessa cobertura de risco será o globo terrestre.

§ 2º. O PERÍODO DE COBERTURA CORRESPONDERÁ AO PERÍODO DE DIFERIMENTO, OBSERVADAS AS DEMAIS CONDIÇÕES PREVISTAS NESTE REGULAMENTO.

Art. 111. Para habilitação ao recebimento do capital segurado dessa cobertura, o segurado deverá apresentar a seguinte documentação:

§ 1º. Documentação Básica:

- a)** FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO/DECLARAÇÃO MÉDICA fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao Médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- b)** Documento de identidade (RG) e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c)** Exames médicos (original);
- d)** Boletim de Ocorrência Policial e Laudo de exame de corpo de delito, se for o caso (cópia autenticada);
- e)** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- f)** Informação de dados bancários do Segurado.

§ 2º. Documentação Complementar:

- a)** Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- b)** Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico (cópia autenticada);
- c)** Carteira Nacional de Habilitação (cópia autenticada);
- d)** Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações e original para conferência).

§ 3º NO CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, PODERÃO SER EXIGIDOS OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO *CAPUT* DO ARTIGO.

§ 4º CASO A SEGURADORA DISCORDE DA DECLARAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA IRÁ PROPOR AO SEGURADO, POR MEIO DE CORRESPONDÊNCIA ESCRITA, DENTRO DO PRAZO DE 15(QUINZE) DIAS, A CONTAR DA DATA DA CONTESTAÇÃO, A CONSTITUIÇÃO DE UMA JUNTA MÉDICA. A JUNTA MÉDICA SERÁ COMPOSTA POR 3 (TRÊS) MEMBROS, SENDO UM NOMEADO PELA SEGURADORA, OUTRO PELO SEGURADO E UM TERCEIRO, DESEMPATADOR, ESCOLHIDO PELOS DOIS NOMEADOS, CABENDO A CADA UMA DAS PARTES

PAGAR OS HONORÁRIOS DO MÉDICO QUE TIVER DESIGNADO, SENDO O CUSTO DO MÉDICO DESEMPATADOR PAGOS, EM PARTES IGUAIS, PELO SEGURADO E PELA SEGURADORA.

§ 5o O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Art. 112. O Capital Segurado será devido a contar da data de caracterização da invalidez permanente total ou parcial por acidente do segurado, devidamente comprovada, e será pago em até 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação.

§ 1º Para efeito de determinação do capital segurado vigente será considerada a data do respectivo acidente.

§ 2º Será suspensa a contagem do prazo de que trata o "caput" no caso de solicitação de nova documentação, respeitado o disposto no § 1º do artigo anterior.

§ 3º A suspensão a que se refere o § 2º cessará a partir do dia útil subsequente àquele da protocolização da documentação solicitada.