

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO VIDA DO PRODUTOR RURAL

Capital Segurado Fixo

Condições Contratuais

Versão 2.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.629175/2019-27

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	3
1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. GLOSSÁRIO	3
3. COBERTURAS DO SEGURO	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS	8
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	10
6. CARÊNCIAS	10
7. FRANQUIAS	10
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	11
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO	11
12. CAPITAIS SEGURADOS	15
13. BENEFICIÁRIOS	16
14. CUSTEIO DO SEGURO	17
15. PAGAMENTO DE PRÊMIO	17
16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS	18
17. REAVALIAÇÃO DE TAXA	19
18. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA	19
19. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	20
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE	20
21. PERDA DE DIREITOS	21
22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	22
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER)	26
24. REGIME FINANCEIRO	27
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA	28
26. PRESCRIÇÃO	28
27. FORO	28
28. DISPOSIÇÕES GERAIS	28
CONDIÇÕES ESPECIAIS	29
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M	29
1. OBJETO DA COBERTURA	29
2. RISCOS EXCLUÍDOS	29
3. CAPITAL SEGURADO	29
4. DATA DO EVENTO	29

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	29
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	29
7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	30
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	31
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	32
1. OBJETO DA COBERTURA.....	32
2. DEFINIÇÕES.....	32
3. RISCOS COBERTOS	32
4. RISCOS EXCLUÍDOS	33
5. CAPITAL SEGURADO	34
6. DATA DO EVENTO	34
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	34
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	34
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	35
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	36
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL – AF	37
1. OBJETO DA COBERTURA.....	37
2. DEFINIÇÕES.....	37
3. RISCOS COBERTOS	37
4. RISCOS EXCLUÍDOS	39
5. CAPITAL SEGURADO	40
6. DATA DO EVENTO	40
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	40
8. BENEFICIÁRIOS.....	40
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA	40
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	40
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	41

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro tem por objetivo, mediante o recebimento de Prêmio, amortizar ou custear, total ou parcialmente, a Obrigação assumida pelo Devedor, no caso de ocorrência do Sinistro coberto, até o limite do Capital Segurado contratado, oriundas de operações de crédito rural contratadas por pessoa(s) física(s) junto ao Estipulante/Subestipulante, **observados os Riscos expressamente Excluídos, as hipóteses de perda do direito ao recebimento do Capital Segurado e as demais disposições contratuais.**

2. GLOSSÁRIO

- 2.1. **Aceitação:** é a aprovação da Proposta de Contratação do Seguro apresentada à Seguradora pelo Estipulante e/ou Subestipulante, ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, para a contratação do seguro.

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

2.2.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, 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 suas tentativas; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.2.2. **EXCLUEM-SE DO CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS:**

- A) **AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, INCLUSIVE OS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, 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 ACIDENTE COBERTO;**
- 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 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**
- 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, CONFORME DEFINIDO NESTE ITEM DO GLOSSÁRIO.

- 2.3. Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.
- 2.4. Apólice:** documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da risco e da(s) Cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).
- 2.5. Atualização Monetária:** Aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.
- 2.6. Aviso de Sinistro:** comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência de um evento passível de cobertura sob a Apólice, sob pena do direito à indenização ou ao capital segurado.
- 2.7. Beneficiário:** pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor das indenizações, na hipótese de ocorrência de sinistro.
- 2.8. Boa-fé:** Princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuar com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.
- 2.9. Capital Segurado:** valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro.
- 2.10. Capital Segurado Fixo:** modalidade em que o Capital Segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da Obrigação.
- 2.11. Carência:** período durante o qual, em caso de Sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado.
- 2.12. Certificado Individual:** documento emitido para cada Segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.
- 2.13. Cobertura(s):** obrigações que a Seguradora assume quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os Riscos Excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.
- 2.14. Comoriência:** é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento do Segurado principal e do(s) Beneficiário(s) na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.15. Cônjuge/Companheira(o):** é a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente e pelo Contrato de Seguro.
- 2.16. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.
- 2.17. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um

mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

- 2.18. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo plano de Seguro.
- 2.19. Conjugação:** é a contratação de mais de uma Cobertura securitária constante no presente instrumento.
- 2.20. Contrato Coletivo de Seguro:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades particularidades operacionais e as obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a Seguradora, em especial no que se refere às relações com o Segurado, Beneficiário e assistido, de forma complementar às Condições Contratuais.
- 2.21. Corretor de Seguros:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro. O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site www.susep.gov.br por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.22. Credor:** aquele a quem o segurado Devedor deve pagar as prestações periódicas em decorrência de dívida contraída ou do compromisso assumido.
- 2.23. Culpa Grave:** conduta lesiva decorrente de negligência, imprudência ou imperícia do agente, cujo resultado final, embora involuntário, era previsível no momento da ação.
- 2.24. Dano Estético:** espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.
- 2.25. Devedor:** pessoa física ou jurídica que contrai a dívida ou compromisso financeiro ao qual o seguro está atrelado.
- 2.26. Doença:** toda e qualquer alteração da saúde do Segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessite de tratamento Médico.
- 2.27. Doença Profissional:** aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional inerente à ocupação de uma pessoa.
- 2.28. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta e/ou Questionário de Avaliação de Risco. A omissão dessas doenças ou lesões por ocasião da contratação do seguro ensejará a perda do direito à indenização.
- 2.29. Domicílio do Segurado:** endereço em que o Segurado mantém a sua residência habitual no Brasil.
- 2.30. Endosso:** documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante e/ou Subestipulante ou Segurado.
- 2.31. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva, ficando investida de poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.
- 2.32. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias

contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a Vigência do Seguro.

- 2.33. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à Cobertura contratada.
- 2.34. Grupo Segurado:** é a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.
- 2.35. Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Subestipulante (se houver), que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.
- 2.36. Indenização:** valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da cobertura(s) contratada(s).
- 2.37. IPCA: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.**
- 2.38. Liquidação do Sinistro:** pagamento da indenização, após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.
- 2.39. Médico/Médico Assistente:** profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**
- 2.40. Obrigação:** dívida ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre Credor e Devedor, que confere ao Credor o direito de exigir do Devedor o pagamento do valor correspondente.
- 2.41. Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o Segurado inadimplente terá direito à Cobertura, mediante a regularização do prêmio em atraso.
- 2.42. Prêmio:** importância fixada na Apólice e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.
- 2.43. Premoriência:** morte do Beneficiário indicado antes do falecimento do Segurado.
- 2.44. Proponente:** **pessoa física ou jurídica** interessada em contratar o Seguro Coletivo, ou em aderir a este Seguro, e que apresenta a Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão, conforme o caso.
- 2.45. Proposta de Adesão:** documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo 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, nele manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.46. Proposta de Contratação:** documento preenchido pelo Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

- 2.47. Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do Contrato de Seguro.
- 2.48. Questionário de Avaliação do Risco:** formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.
- 2.49. Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as Indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de quaisquer Prêmios ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).
- 2.50. Regulação de Sinistro:** procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.
- 2.51. Relatório Médico:** documento na forma de relatório ou similar, preenchido por Médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos Médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de liquidação de Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**
- 2.52. Risco:** evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos.
- 2.53. Risco Excluído:** evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.
- 2.54. Segurado:** pessoa física ou jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. No caso de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de contratação do seguro.
- 2.55. Seguradora:** é a empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Seguros Gerais S.A.
- 2.56. Sinistro:** ocorrência do risco coberto, previsto nas Condições Contratuais, durante o período de Vigência do Seguro.
- 2.57. Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o Estipulante, contrata o seguro em favor do Grupo Segurado a que se vincule e os representa perante a Seguradora.
- 2.58. Vigência do Seguro:** é o período definido na Apólice do seguro, durante o qual está em vigor o contrato de seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à Seguradora.
- 2.59. Vigência da Cobertura Individual:** período fixado no certificado individual em que o segurado permanece garantido pelo seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. É facultada ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) a escolha das Cobertura do seguro, aplicáveis a todo o Grupo Segurado respeitando as regras de Conjugação dos planos indicados nesta cláusula. **O conjunto das Cobertura contratadas deverá ser identificado na Proposta de Contratação, sendo obrigatória a contratação da Cobertura básica relacionada abaixo:**

3.1.1. Cobertura Básica

a) Morte – M

3.1.2. Coberturas Adicionais

a) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA

b) Auxílio Funeral – AF

3.2. **As Cobertura previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice.**

3.3. **A definição de cada uma das Cobertura mencionadas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos específicos, Capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas Condições Especiais.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURA DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:**

- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES INCLUINDO A EXPLOÇÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS TERRORISTAS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO(S) COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATO ATENTATÓRIO À ORDEM PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE; EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;**
- C) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;**
- D) DE DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO CREDOR, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E/OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES DO ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTE, SE HOUVER;**
- E) DE EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO, A GRIPE**

AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS;

- F) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, OU, AINDA DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;**
- G) DE INUNDAÇÃO, TUFÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL E QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO METEOROLÓGICO, SÍSMICO OU GEOLÓGICO DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;**
- H) DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVOS QUANDO PRESCRITOS POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO (MÉDICO);**
- I) EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;**
- J) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;**
- K) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI;**
- L) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR;**
- M) DE PRÁTICA DE ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETUANDO-SE OS CASOS QUE PROVIEREM DA UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADOS, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM; E**
- N) ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.**
- O) DE QUAISQUER PAGAMENTOS, MESMO EM CONSEQUÊNCIA DE EVENTO COBERTO, DECORRENTES DE DANOS MORAIS E DANOS ESTÉTICOS, E DE LUCROS CESSANTES RESULTANTES DA PARALISAÇÃO, TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA, DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DO SEGURADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER RISCO COBERTO E INDENIZÁVEL.**

4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1 ACIMA, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DE ACIDENTE PESSOAL, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

- A) DE DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS;**
- B) DE DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC;**
- C) DE DOENÇAS 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 PESSOAL COBERTO;**
- D) DE ERROS MÉDICOS;**
- E) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;**
- F) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**

- G) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;**
- H) ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO SINISTRO;**
- I) 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 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**
- J) AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMBELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1.** O âmbito territorial de cada uma das Cobertura será definido nas respectivas Condições Especiais.

6. CARÊNCIAS

- 6.1.** A Carência de cada Cobertura, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial da respectiva Cobertura, sendo também definida na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.
- 6.1.1.** Haverá Carência para suicídio tentado ou consumado nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do certificado de seguro individual.
- 6.1.2.** O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da Cobertura individual de cada Segurado ou da solicitação de aumento de Capital Segurado, ou ainda, da solicitação de inclusão de Cobertura.
- 6.2.** O período de Carência para as Coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, e não poderá exceder metade do prazo de vigência do Certificado Individual de seguro.
- 6.3.** Não haverá Carência quando ocorrer a renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de Acidente Pessoal, exceto no caso de tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.
- 6.4.** Ocorrendo o Sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes.
- 6.5.** Nos casos de preenchimento do Questionário de Avaliação de Risco, a carência poderá ser dispensada após análise e aceitação do Risco.
- 6.6.** Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da Carência.

7. FRANQUIAS

- 7.1.** A Franquia de cada Cobertura, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial da respectiva Cobertura, sendo também definida na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

8.1. A contratação ou alteração da Apólice se dará mediante apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do Proponente, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), e/ou pelo Corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.

8.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.

8.2. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 21 - PERDA DE DIREITOS.

8.3. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la.

8.4. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item anterior, poderá solicitar esclarecimentos, documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

8.5. A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

8.6. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 8.3, respeitada as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

8.7. A aceitação do Contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice de seguro pela Seguradora no início do Contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na Apólice vigente se formalizará com a emissão do competente Endosso, em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

8.8. A data de aceitação da Proposta será:

- I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou
- II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.3, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

8.9. Não se presume que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, do Questionário de Avaliação do Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na CLÁUSULA 23 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.

8.9.1. É admitida a contratação do Seguro por meios remotos.

8.10. É vedada a contratação ou alteração do seguro através de procuração.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO

9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

9.2. Para os casos de contratação por pessoa física, serão aceitos como Segurados, todo o Proponente

contratante de crédito rural, que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde e com idade compreendida entre 16 (dezesesseis) anos e 67 (sessenta e sete) anos completos e atenda os demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

9.1.1. A idade do Segurado, na data de contratação ou renovação do seguro, somada ao prazo da operação de crédito rural não poderá ser superior a 70 (setenta) anos.

9.1.2. Caso o Proponente possua idade entre 16 (dezesesseis) anos e 18 (dezoito) anos incompletos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a Proposta de Adesão.

9.3. Para os casos de contratação por pessoa jurídica, serão aceitos como Segurados o(s) seu(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s), constantes no contrato social, na data da adesão ao seguro, desde que estejam em condições normais de saúde e atenda os demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

9.4. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de Proposta de Adesão assinada pelo Proponente, seu representante ou por Corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro.

9.4.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta.

9.5. Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas pelo potencial Segurado todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 21. PERDA DE DIREITOS.

9.5.1. A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada do Questionário de Avaliação do Risco.

9.5.2. O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

9.5.3. Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:

- a.1) nome completo;
- a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/ME;
- a.3) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
- a.4) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal;
- a.5) número de telefone e código DDD;
- a.6) estado civil;
- a.7) profissão;
- a.8) renda mensal; e
- a.9) enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso.

b) Pessoa Jurídica:

- b.1) a denominação ou razão social;
- b.2) atividade principal desenvolvida;
- b.3) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- b.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;

- b.5) informações acerca da situação patrimonial e financeira.
- b.6) as informações do Item “a” para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores;
- b. 7) as informações do Item “a” para beneficiários finais.

9.6. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.

9.6.1. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.

9.7. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Adesão, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

9.8. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da Proposta de Adesão, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Adesão. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido e terá novo início a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

9.9. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Proponente ou Corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.

9.10. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 9.7, respeitadas as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.11. O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.

9.12. A aceitação da adesão individual, alteração ou renovação se formalizará com a emissão do Certificado Individual de seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, e até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.

9.13. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.13.1. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante ou Subestipulante. A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 9.8 desta cláusula.

9.14. Serão considerados como pendentes, sem início de contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. O início e término de Vigência do Seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Apólice, nos certificados e nos Endossos.

10.1.1. Quando a Obrigação possuir data prevista de término, o prazo de Vigência do Seguro corresponderá ao prazo da Obrigação a que está atrelado, sendo as datas de início e término especificadas no

Certificado Individual e também na Apólice, quando couber.

- 10.1.2.** Nos casos em que a Obrigação perdurar por período indeterminado, o prazo de Vigência do Seguro deverá ser acordado entre as partes e estará especificado nas Condições Contratuais do seguro.
- 10.2.** Os prazos de Vigência do Seguro poderão ser: plurianual, anual ou mensal, conforme estabelecido no Certificado Individual e também na Apólice, quando couber.
- 10.3.** Caso o Credor e o Segurado repactuem o prazo original do Contrato relativo à Obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada:
- 10.3.1.** Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo da devolução do Prêmio excedente, se houver; e
- 10.3.2.** Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora se manifestará sobre o interesse na extensão da Vigência do Seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos para a aceitação do risco.
- 10.4.** A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual ao contratado inicialmente, uma única vez, salvo se a Seguradora, o Estipulante/Subestipulante ou o Grupo Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da vigência da Apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 10.4.1.** A renovação da Apólice para os demais períodos de vigência não será automática e ocorrerá mediante Proposta de Contratação assinada entre as partes, Seguradora e Estipulante e/ou Subestipulante(se houver), nos termos da Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA.
- 10.5.** Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique ônus ou deveres adicionais aos Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.
- 10.6.** Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos durante a vigência, nos termos da Apólice.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 11.1.** A vigência da cobertura individual de cada Segurado, desde que o Proponente seja aceito no seguro, terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas no Certificado Individual do seguro.
- 11.1.1.** Nos Contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas **com o pagamento antecipado, total ou parcial, do valor do Prêmio**, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 11.1.2.** Nos Contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas **sem pagamento antecipado de Prêmio**, o início de vigência da cobertura do Certificado Individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 11.2.** O prazo de vigência da cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no Certificado Individual do seguro, desde que não ultrapasse o final de vigência da Apólice coletiva, podendo ser renovada, automaticamente, uma única vez, por mais um período igual ao contratado inicialmente. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito,

observando a cláusula 10 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.

11.3. O prazo de vigência da cobertura individual constará no Certificado Individual e será equivalente ao prazo da operação de crédito rural junto ao estipulante, quando esta possuir data prevista de término, ou será acordado entre as partes, nos casos em que a Obrigação perdurar por período indeterminado.

11.3.1. Os casos de renegociação da operação de crédito rural, deverão ser comunicados imediatamente, através de nova Proposta de Adesão, sujeitos à análise da aceitação da Seguradora. A aceitação pela Seguradora será considerada como nova contratação e estará sujeita a cobrança de Prêmio.

11.4. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada ou cancelada, conforme previsto nas Condições Contratuais.

11.5. Em cada uma das renovações da cobertura individual será enviado novo Certificado Individual ao(s) Segurado(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1. A modalidade de Capital Segurado deste plano de seguro é a de **Capital Segurado Fixo**, ou seja, o Capital Segurado contratado corresponderá ao valor do compromisso assumido pelo Segurado junto ao Credor, objeto do seguro, e não varia ao longo da Vigência do Seguro, independentemente da evolução do valor da Obrigação.

12.2. O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas será estabelecido na Apólice e nos respectivos Certificados Individuais do seguro. O Capital Segurado corresponderá ao valor máximo da Indenização devida em decorrência de Evento Coberto, respeitados os limites estabelecidos na contratação.

12.3. Na ocorrência de Evento Coberto, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor a ser indenizado, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme dispuserem as Condições Gerais.

12.4. Os Capitais Segurados não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.

12.5. No caso de contratação por pessoa jurídica, onde os Segurados será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrantes do quadro social da empresa, o Capital Segurado será único e limitado ao valor contratado independentemente da quantidade.

12.5.1. O valor do Capital Segurado referente a cada sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) poderá sofrer variações decorrentes de mudanças na composição societária da pessoa jurídica.

12.6. Nas operações em que figure mais de um mutuário, o Capital Segurado total será dividido em Capital Segurado por mutuário, proporcionalmente à cota de responsabilidade de cada um perante o empréstimo a que se vincula o seguro, sendo as Indenizações pagas à medida que ocorram os Sinistros, estando segurados os demais mutuários até o vencimento da Cobertura.

12.6.1. Não estando individualizada, para efeito do seguro, a responsabilidade de cada mutuário, prevista no parágrafo anterior, entende-se por Capital Segurado por mutuário, o resultado da divisão de Capital Segurado total pelo número de mutuários da operação.

- 12.7. Nas operações garantidas por hipoteca, formalizadas por pessoas físicas casadas (ou cuja vinculação configure união estável), qualquer que seja o regime do casamento, em que compareçam ambos cônjuges, o Capital Segurado é atribuído ao mutuário responsável pela operação, assim entendido aquele que administra o empreendimento que deu origem à operação de crédito a que se vincula o seguro, extinguindo-se a Cobertura a partir do pagamento da Indenização.
- 12.8. No caso de financiamento contratado através de cooperativas, para repasse aos seus associados, o valor da Cobertura individual será determinado em função do sub-empréstimo concedido pela cooperativa ao seu cooperado, observados os limites previstos para a contratação do seguro.
- 12.9. Os valores ora mencionados serão apurados na data do Evento Coberto, de acordo com as Condições Especiais das Cobertura contratadas e conforme modalidade de capital prevista neste plano.
- 12.10. Desde que expressamente definido no Contrato de Seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigação por parte do Segurado, poderão ser incorporadas ao valor do Capital Segurado e consequentemente à Indenização a ser paga em caso de Evento Coberto.
- 12.11. Não será devida Indenização para qualquer parcela da Obrigação vencida antes da data do Sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.
- 12.12. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.
- 12.13. Poderá ser efetuado o aumento dos Capitais Segurados em qualquer época mediante solicitação, observando-se sempre o limite máximo de Capital Segurado individual vigente no Contrato de Seguro, em caso de renovação e/ou renegociação do compromisso junto ao Credor. Se forem aceitos pela Seguradora, a vigência dos novos Capitais Segurados terá início no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do Segurado o preenchimento de uma nova Proposta de Adesão e a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades, iniciando-se nova Carência de 2 (dois) anos aplicável sobre a diferença entre o Capital Segurado anterior e o novo capital, para hipótese de suicídio ou sua tentativa.

13. BENEFICIÁRIOS

- 13.1. O primeiro Beneficiário do seguro será o Credor, a quem deverá ser paga a Indenização até o saldo devedor da operação de crédito rural a que o seguro está atrelado, apurada na data de ocorrência do Sinistro e limitada ao Capital Segurado contratado.
- 13.2. A diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio Segurado ou ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, conforme dispuserem as Condições Gerais.
- 13.2.1. Na falta de indicação expressa de segundo Beneficiário ou se por algum motivo não prevalecer a que for feita, **o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.**
- 13.2.2. **Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.**
- 13.3. Nos casos de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data

de adesão ao seguro, que neste caso figurará(ão) exclusivamente como segundo Beneficiário para recebimento de eventual diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto.

13.4. O(s) segundo(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) pelo Segurado, a qualquer tempo, mediante encaminhamento de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos Beneficiários.

13.4.1. Qualquer alteração de Beneficiário somente terá validade no 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de protocolo na Seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo Segurado.

13.4.2. Em caso de não recebimento da formalização de alteração de Beneficiário, devidamente assinada pelo Segurado, a Seguradora aplicará a distribuição do Capital Segurado conforme a indicação imediatamente anterior.

13.5. Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no Contrato de Seguro antes do óbito do Segurado (Premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais do Segurado, conforme subitem 13.2.1.

13.6. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados no Contrato de Seguro, antes do óbito do Segurado (Premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com distribuição do Capital Segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo Segurado a cada um, de forma a preservar sua manifestação de vontade.

13.7. Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (Comoriência), o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais, nos termos do Código Civil vigente.

13.8. Em caso de indicação de Beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do Segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), a Indenização será paga conforme disposto no Código Civil Brasileiro.

13.9. Não será admitida a indicação ou substituição de Beneficiário por procuração ou por termo de curatela.

13.10. Caso não seja identificado Beneficiário ou dependente do Segurado para subsistência no prazo prescricional da respectiva pretensão, o Capital Segurado será tido por abandonado, nos termos do inciso III do caput do art. 1.275 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e será aportado no Fundo Nacional Para Calamidades Públicas, Proteção E Defesa Civil (FUNCAP).

14. CUSTEIO DO SEGURO

14.1. A forma de custeio do seguro será **CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, aquele em que o(s) Segurado(s) pagam integralmente o Prêmio do seguro.

15. PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.1. O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (Mensal,

Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual), conforme opção indicada na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

15.1.1. O pagamento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

15.1.2. Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

15.1.3. Se o Segurado, seu representante, ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (Mensal, Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 15.1.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.

15.2. A data do vencimento para o pagamento da parcela única ou da primeira parcela do Prêmio, será de no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.

15.3. Quando a data de vencimento para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

15.4. Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.

15.5. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.

15.6. Durante a vigência da Apólice, o Segurado poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.

15.7. A FALTA DE PAGAMENTO DA PARCELA ÚNICA OU DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.

15.8. A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETERÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 16 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E NA CLÁUSULA 21 – PERDA DE DIREITOS.

16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS

16.1. Os valores referentes às contratações com vigência igual ou inferior a um ano não serão atualizados monetariamente.

16.2. Quando a Vigência do Seguro for plurianual, os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados

anualmente, a cada aniversário da Apólice, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acumulado nos 12 (doze) últimos meses, apurado com 2 (dois) meses de antecedência.

16.3. Caso haja atraso no pagamento do Capital Segurado ou do Prêmio do seguro, o valor devido será atualizado com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescido de multa de 2% (dois por cento) do montante devido e de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados desde a data do Evento Coberto até a data do efetivo pagamento (no caso de Sinistro), e desde a data do vencimento da parcela vencida (em caso de atraso do Prêmio). Nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

16.3.1. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do pagamento em atraso e aquele publicado imediatamente anterior à data de seu efetivo pagamento, calculada na base “*Pro Rata Temporis*”.

16.4. Os valores devidos a título de devolução de Prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data de sua efetiva devolução, considerando que:

16.4.1. No Caso de Cancelamento do Contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da sociedade Seguradora;

16.4.2. No Caso de Recebimento Indevido de Prêmio: a partir da data de recebimento do respectivo Prêmio;

16.4.3. No Caso de Recusa da Proposta: a partir da data de recebimento do Prêmio.

16.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

16.6. 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 devidos.

17. REAVALIAÇÃO DE TAXA

17.1. Na ocasião da renovação, a Seguradora reavaliará as condições e Prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.

17.2. Em caso de alteração de taxas realizadas durante a vigência da Apólice, esta deverá ser realizada por Endosso e a modificação da Apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

18. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

18.1. Quando o prêmio de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira não for pago até a data do seu vencimento, as Coberturas do Seguro permanecerão vigentes pelo prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias.

18.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora

abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na CLÁUSULA 16 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.

- 18.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O SEGURADO SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELA(S) EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.
- 18.3. APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO (S) EM ATRASO O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

19. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 19.1. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 19.2. A Cobertura individual de cada Segurado termina, sem qualquer restituição de Prêmio:
- a) Com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas na Cláusula 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE;
 - b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante e/ou Subestipulante (quando houver);
 - c) Na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado;
 - d) A qualquer tempo, com a concordância recíproca das partes contratantes;
 - e) Quando o Segurado deixar de pagar o Prêmio do seguro, conforme Cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
 - f) No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, respeitando o Prêmio do seguro efetivamente pago;
 - g) Com o cancelamento do Certificado Individual ou a quitação total da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado, observado o período de vigência correspondente ao Prêmio de seguro efetivamente pago;
 - h) Com a Indenização decorrente do falecimento de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidores(s), administrador(es) ou empresário(s), no caso de contratação por pessoa jurídica;
 - i) Com a transferência de titularidade da dívida ou compromisso assumido pelo Proponente junto ao Credor;
 - j) Automaticamente com o pagamento do Capital Segurado contratado, quando as Condições Especiais da Cobertura correspondente estabelecerem o cancelamento do Contrato de Seguro;
 - k) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, devidamente comprovados; e
 - l) Imediatamente se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 20.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido na Cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do Prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do Prêmio.
- 20.2. A Apólice poderá ser cancelada automaticamente, sem qualquer restituição dos Prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:
- a) A qualquer tempo, por mútuo acordo entre a Seguradora e o Estipulante ou Subestipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;

a.1) No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- i. A Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
- ii. Quando adotado o fracionamento do Prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o Prêmio calculado de acordo com o critério *Pro Rata Temporis*;

b) No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;

c) Pelo atraso no pagamento do Prêmio, conforme disposto na Cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;

d) Na hipótese do Estipulante(s) e/ou Subestipulante(s), Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda, se ficar constatado que tiveram o fim para obter ou para majorar a Indenização;

e) Se constada uma das hipóteses previstas na Cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS; e

f) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das Condições Contratuais da Apólice.

20.3. Em caso de extinção antecipada da Obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer.

20.4. A Apólice coletiva não poderá ser cancelada durante a vigência, pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. Além dos casos previstos em lei, na Apólice e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s), o Segurado ou Beneficiário(s) perderá(ão) o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, se:

21.1.1. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

21.1.1.1. Será relevante o agravamento que resulte no aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco coberto ou da severidade dos efeitos de realização deste risco.

21.1.2. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

21.1.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, manifestar-se nos termos da regulamentação em vigor.

21.1.3. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), por si ou seu representante legal, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação do prêmio conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

21.1.3.1. Se o descumprimento for doloso, perderá a garantia, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio e das despesas efetuadas pela Seguradora.

21.1.3.2. Se o descumprimento for culposos, a Seguradora poderá, diante dos fatos não revelados:

- A) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
- i) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - ii) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada
- B) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
- i) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou
 - ii) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada
- C) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

21.1.4. O Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), deixar(em) de comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou da iminência de seu acontecimento, tão logo tome conhecimento, ou de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

21.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se o Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is):

- 21.2.1. Deixar(em) de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice, nas Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro;
- 21.2.2. O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal e/ou financeiro de um ou de outro;
- 21.2.3. Por qualquer meio, procurar(em) obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 22.1.1.** Em caso de Sinistro coberto pelo seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente o evento à Seguradora por meio da Central de Atendimento ou outro meio que a Seguradora disponibilize e estabeleça no Certificado Individual, fornecendo juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
- 22.1.2.** Caso a documentação apresentada no Aviso de Sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.
- 22.1.3.** Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.
- 22.1.4.** No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de Sinistro poderão solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
- 22.1.5.** Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.
- 22.1.6.** A não entrega dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.
- 22.1.7.** A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.
- 22.1.8.** Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.
- 22.1.9.** Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e Liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.
- 22.1.10.** Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.
- 22.1.11.** A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

22.1.12. A Regulação e a Liquidação do Sinistro serão realizadas simultaneamente quando possível.

22.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.2.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora pagará o Capital Segurado para a cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se for o caso, respeitado o Limite Máximo de Indenização contratado para cada cobertura.

22.2.2. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora todos os documentos previstos Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

22.2.3. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado ou Beneficiário a lista de documentos faltantes e necessários à Liquidação do Sinistro.

22.2.4. Uma vez cumprida pelo Segurado a obrigação de fornecer todos os documentos e informações necessários, realizada a regulação, reconhecida a cobertura e fixada a Indenização devida, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias para o pagamento da Indenização, contados da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente, observando que a documentação especificada nas Condições Especiais não é restritiva.

22.2.5. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidando do Sinistro poderão solicitar outros documentos/informações complementares. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 1 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22.2.6. Se, após o pagamento do Capital Segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.

22.3. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de Sinistros com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

22.4. A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará na suspensão do processo de Sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do Segurado, seu Beneficiário ou representante legal, com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.

22.5. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o aviso do Sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da Obrigação de pagar qualquer Capital Segurado. A Seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.

22.6. Na ausência de Médico que tenha assistido o Segurado, será aceito profissional Médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais Médicos em qualquer tempo.

22.6.1. Não será aceito, para fins do pagamento do Capital Segurado, relatório emitido por Médico

que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.

- 22.7. As despesas efetuadas com a comprovação do Evento Coberto e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta do(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 22.8. O valor a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do Evento Coberto, conforme disposto nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.**
- 22.9. O pagamento da Indenização das coberturas desse plano de seguro será realizado na forma de parcela única.**
- 22.10. O pagamento da Indenização cancelará automaticamente o Certificado Individual.**
- 22.11. Independentemente dos documentos exigidos pela Seguradora nas Condições Especiais de cada Cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.**
- 22.12. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.**
- 22.13. A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.**
- 22.14. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.**
- 22.14.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do Médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.**
- 22.14.2. 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.**
- 22.14.3. O não comparecimento do Médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos Médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.**
- 22.14.4. A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de Capital Segurado por parte da Seguradora.**
- 22.15. Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do Prazo de Tolerância, porém anteriormente à data da ocorrência do Sinistro.**

22.16. O Segurado, ao fazer adesão do seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso 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. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu Médico Assistente.

22.17. Se, após a Regulação do Sinistro, for identificado que a dívida ou compromisso assumido pelo Segurado, já tenha sido quitada ou amortizada antes da comunicação do Sinistro à Seguradora o Segurado ou terceiro poderá ser reembolsado pela Seguradora, desde que apresente a documentação original que comprove que a quitação ou amortização da dívida contraída pelo Segurado diretamente ao Credor, nas seguintes situações:

- a) Quando o Credor não conseguir apresentar boleto com vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis contados da data da sua entrega na Seguradora e não indicar outro meio para pagamento da Indenização; e
- b) Quando o Segurado ou terceiro quitar ou amortizar a dívida ou o compromisso assumido junto ao Credor antes de avisar o Sinistro.

22.18. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento reclamado pelo Segurado, não implicarão, por si só, no reconhecimento da Obrigação de pagar qualquer Indenização. Quando o evento ocorrido não tiver Cobertura, a Seguradora comunicará o Segurado, ou seu(s) Beneficiário(s) ou seus respectivos representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor de seguros.

22.19. Caso haja atraso no pagamento do Capital Segurado, relativo ao Evento Coberto vencido, o prazo de 30 (trinta) dias para a Regulação do Sinistro, a importância devida pela Seguradora após entrega de toda a documentação e informações solicitadas nesta cláusula, as Indenizações serão atualizadas, bem como aplicado juros de mora a partir desta data, conforme previsto na Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.

22.20. Caso haja saldo remanescente entre o valor da Indenização devida e o montante efetivamente necessário para a quitação da Obrigação, este deverá ser pago ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme disposto na Cláusula 13 – BENEFICIÁRIOS.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER)

23.1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nas Condições Gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver):

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado ou ao Beneficiário, 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 de seguro 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 a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco,

nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

- h) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do Capital Segurado;
- j) Comunicar de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, seu CNPJ, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante ou Subestipulante (se houver); e
- m) Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais.

23.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao Estipulante e ao Subestipulante (se houver):

- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

23.3. O não repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro e sujeita o Estipulante ou Subestipulante (se houver) às cominações legais.

23.4. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, ficará o Estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do Prêmio do seguro de cada Segurado.

23.5. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deverá(ão) cumprir as obrigações e os deveres previstos nas Condições Contratuais, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário, bem como assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

23.6. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato de seguro e responde perante eles e a Seguradora por seus atos e omissões.

23.7. Salvo disposição em contrário, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) é o único responsável perante a Seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

24. REGIME FINANCEIRO

24.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, ou seja, os prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para custear o risco de pagamento de todas as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos no período de cobertura. Portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em

nome de cada Segurado que possa ser devolvida em caso de cancelamento do seguro. Sendo assim, **não há devolução ou resgate de Prêmios pagos, ao Segurado ou ao Beneficiário.**

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

- 25.1.** As peças promocionais e de propaganda e a divulgação do seguro são permitidas somente com autorização prévia e expressa e sob supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e especiais e a nota técnica atuarial.
- 25.2.** A divulgação do seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.

26. PRESCRIÇÃO

- 26.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

27. FORO

- 27.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente Contrato.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 28.1.** Aos casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.
- 28.2.** O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- 28.3.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros e da Seguradora, no site www.susep.gov.br.
- 28.4.** As Condições Contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora junta à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante na Proposta e no Certificado Individual.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de Prêmio, o pagamento ao(s) Beneficiário(s) do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, **devendo este último ser em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto**, em consequência de evento ocorrido durante a Vigência do Seguro, **observados os riscos expressamente excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS COMO RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NO SUBITEM 2.2.2 DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro pelo seguro vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 3.2. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do Evento Coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data de falecimento do Segurado, conforme certidão de óbito.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 6.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
- a) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e
 - c) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura em caso de morte do primeiro sócio, ou titular, ou instituidor, ou administrador ou empresário Segurado.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados a seguir:

7.1.1. Para o caso de Morte Natural:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e, todos os campos preenchidos e assinado pelo Beneficiário;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do Segurado;
- c) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Segurado. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- e) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e de comprovante de residência do Beneficiário e indicação de número de telefone para contato. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento. Na falta do comprovante de residência em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- f) Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- g) Cópia da Certidão de Casamento do Segurado atualizada, emitida após o óbito, ou, quando o segundo Beneficiário for o cônjuge/Companheiro(a) do Segurado. Em caso de Companhia(o), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) Companheiro(a) seja dependente do(a) Segurado(a);
- h) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), com a indicação da forma de pagamento da Indenização;
- i) Quando o Credor optar pelo boleto como forma de recebimento da Indenização, o boleto deverá ser emitido com o prazo de vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis, contados da data do recebimento deste documento pela Seguradora;
- j) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e seus aditivos;
- k) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas; e
- l) Em caso de contratação por pessoa jurídica onde o Segurado será(ão) o(s) sócio(s) titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa: cópia do Contrato social ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou Ficha Cadastral de Empresário Individual ou comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual.

7.1.2. Para os casos de morte por Acidente Pessoal coberto, além dos documentos indicados no subitem anterior, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
- b) Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e o Segurado for o piloto;
- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- d) Cópia do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e ou afogamento;
- e) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível;

- f) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, se cabível;
- g) Cópias dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) Segurado(a) tenha sido condutor(a) no veículo envolvido em acidente), se cabível; e
- h) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho, se cabível.

7.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionados a essa Cobertura, bem como para pagamento da Indenização (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de Prêmio adicional, o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou Impotência Funcional definitiva e total de membro ou órgão, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, conforme especificado na cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta Condições Especial e na cláusula 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, ocorrido durante a Vigência do Seguro, **observados os Riscos Excluídos e demais disposições contratuais.**
- 1.2. **Não haverá Cobertura, se o evento resultar de Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura específica as seguintes definições:
- 2.1.1. **Dano Estético:** subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.
- 2.1.2. **Impotência Funcional:** alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gere prejuízo ao indivíduo.
- 2.1.3. **Redução Funcional:** alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. **Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou Impotência Funcional definitiva e total de um dos membros ou órgãos, previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante do item 3.7 abaixo, a ser pago em virtude de lesão física causada, exclusivamente, em decorrência de Acidente Pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto nos itens seguintes desta cláusula.**
- 3.2. **No caso de Invalidez Permanente Total decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente Total quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), de uma só vez, uma Indenização de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, de acordo com a “Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente”, descrita no item 3.7 desta cláusula.**
- 3.3. **Quando de um mesmo Acidente Pessoal coberto resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado. Da mesma forma, havendo 2 (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.**

- 3.4. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por Invalidez Permanente total por Acidente Pessoal coberto prevista para a presente Cobertura.
- 3.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa Cobertura, devendo ser comprovada por Relatório Médico.
- 3.6. As Indenizações pelas Cobertura de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por IPTA, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a Indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPTA.
- 3.7. TABELA PARA O CALCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE: caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nesta Condição Especial, a Indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir.

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	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total de uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia bilateral	

- 3.8. A Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, mesmo que do mesmo Acidente Pessoal coberto tenha resultado mais de uma situação prevista na tabela acima.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, SUBITEM 2.2.2, E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTARÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:
- A) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - B) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO AS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - C) OS ERROS MÉDICOS;
 - D) PROBLEMAS AUDITIVOS;
 - E) ENVENENAMENTOS, EXCETO ESCAPAMENTO DE GASES E VAPORES;
 - F) TRATAMENTO DE EXAME CLÍNICO, CIRÚRGICO OU MEDICAMENTOSO NÃO EXIGIDO DIRETAMENTE PELO ACIDENTE;
 - G) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
 - H) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS;

- I) TODO E QUALQUER DANO E/OU SEQUELA CAUSADOS PELA DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC;
- J) VIAGENS EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES:
 - I. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;
 - II. DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS; OU
 - III. QUE, SENDO OFICIAIS MILITARES, NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR;
- K) PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO; E
- L) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

4.2. NÃO HAVERÁ INDENIZAÇÃO NOS CASOS DE PERDA PARCIAL OU REDUÇÃO DE FUNÇÕES DE MEMBROS E/OU ÓRGÃOS, SEM QUE HAJA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PESSOAL, NOS TERMOS DESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

4.3. A INVALIDEZ DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE PESSOAL NÃO DÁ DIREITO À INDENIZAÇÃO TOTAL. PARA EFEITO DE INDENIZAÇÃO, A PERDA OU MAIOR REDUÇÃO FUNCIONAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE PESSOAL DEVE SER DEDUZIDA DO GRAU DE INVALIDEZ DEFINITIVA.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado corresponderá ao valor máximo da Indenização devido na ocorrência do Sinistro previsto no Certificado Individual, vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

5.2. Caso haja o pagamento do Capital Segurado de Invalidez Total por Acidente, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do Evento Coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data de ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Além das situações previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e
- c) Se no caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura,

referente a invalidez total de um do(s) sócio(s), ou titular(es), ou instituidor(es), ou administrador(es) ou empresário(s) Segurados.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para análise e Regulação de Sinistro relacionado à presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e, todos os campos preenchidos e assinado pelo Beneficiário;
- b) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo Médico que assistiu o Segurado ou a pessoa que sofreu o Sinistro, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as Sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- c) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- f) Quando o Credor optar pelo boleto como forma de recebimento da Indenização, o boleto deverá ser emitido com o prazo de vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis, contados da data do recebimento deste documento pela Seguradora;
- g) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
- h) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- i) Em caso de contratação por pessoa jurídica, onde o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa: cópia do contrato ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou ficha cadastral de empresário individual ou comprovante de cadastro de microempreendedor individual;
- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
- k) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho), se cabível;
- l) Cópia do laudo da perícia técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
- m) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, quando for acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- n) Cópia dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) Segurado(a) tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- o) Exame de corpo de delito, quando houver;
- p) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- q) Cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e
- r) Original do exame de raio X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com laudo radiológico (ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo).

9.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionados a essa Cobertura, bem como para pagamento da Indenização (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL – AF

1. OBJETO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s), mediante o pagamento de Prêmio adicional, o reembolso das despesas com o funeral ou a prestação de serviços, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, conforme descrito na cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial, decorrente de causas naturais ou acidentais, ocorrido durante a Vigência do Seguro, **observado os Riscos Excluídos e demais disposições contratuais.**
- 1.2. **Não haverá Cobertura, se o evento resultar de Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições aplicadas a esta Cobertura indicadas na cláusula 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam à presente Cobertura, as seguintes definições:
- 2.1.1. **Moradia Habitual:** lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual dentro do território brasileiro.
- 2.1.2. **Traslado:** transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. O Segurado, na contratação, poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso.
- 3.2. Caso o Beneficiário opte pelo reembolso:
- a) Será garantida a livre escolha do prestador de serviço;
 - b) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada; e
 - c) O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do Capital Segurado contratado, observados os valores efetivamente gastos, mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.
- 3.3. Caso o Beneficiário opte pela prestação de serviços:
- a) Não caberá qualquer tipo de reembolso;
 - b) Quando optado pela prestação de serviço, o funeral será realizado por empresa terceirizada;
 - c) Valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do Capital Segurado contratado; e
 - d) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento da Seguradora. A Seguradora enviará um representante que:
- d.1) **Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de Moradia Habitual no Brasil:**
 - i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município;
 - ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando a respeito das providências tomadas.

d.2) Em caso de falecimento no município de Moradia Habitual do Segurado no Brasil com

sepultamento fora de Moradia Habitual no Brasil:

- i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. Neste caso, as despesas com Traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município;
- ii. Irá à funerária do município onde será feito o sepultamento e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.

d.3) Em caso de falecimento fora do município de Moradia Habitual do Segurado no Brasil e sepultamento no município de Moradia Habitual no Brasil:

- i. Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do Traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de Moradia Habitual do Segurado, onde será prestado também o serviço de sepultamento.

d.4) Em caso de falecimento fora do município de Moradia Habitual do Segurado no Brasil e sepultamento fora do município de Moradia Habitual no Brasil:

- i. Preparará toda a documentação necessária para o Traslado do corpo e para o sepultamento em outro município providenciado pela família, que arcará com a diferença de valores, considerando como limite os que a Seguradora despenderia para o Traslado para a Moradia Habitual do Segurado no Brasil.

3.3.1. Em caso de morte violenta (entende-se por “morte violenta”, aquela que não é motivada por doença, mas causada por desastre, suicídio ou homicídio), a família deverá acompanhar o representante da Seguradora ao Instituto Médico Legal – IML para liberação do corpo.

3.4. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à Seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a Seguradora ficará obrigada ao reembolso da Cobertura, limitado ao Capital Segurado contratado e aos valores efetivamente gastos.

3.5. Entende-se por “despesas com funeral” a Cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível no município de moradia do Segurado), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:

- a) Urna/caixão;
- b) Carro para enterro (no município de Moradia Habitual);
- c) Carreto/caixão (no município de Moradia Habitual);
- d) Um enfeite e uma coroa;
- e) Véu;
- f) Paramentos (essa);
- g) Velas;
- h) Mesa de condolências;
- i) Remoção do corpo/Traslado (no município de Moradia Habitual);
- j) Registro do óbito;
- k) Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de Moradia Habitual);
- l) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Moradia Habitual);
- m) Taxas de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Moradia Habitual);
- n) Repatriamento (até o município de Moradia Habitual);
- o) Serviço assistencial; e
- p) Locação de jazigo em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

- 3.6. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá a Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.**
- 3.7. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o Capital Segurado contratado poderá ser insuficiente. A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**
- 3.8. Nos casos de cremação do corpo, está incluído, quando necessário, o Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para o município de Moradia Habitual no Brasil para a realização da cremação, desde que o município de Moradia Habitual do Segurado possua este serviço.**
- 3.8.1. Nas localidades onde o serviço de cremação não exista, a Indenização será em forma de reembolso.**
- 3.9. O Traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite do Capital Segurado contratado. Caso o Beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o Traslado será realizado até o município desejado, desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de Moradia Habitual do Segurado.**
- 3.9.1. Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas. A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo seguro.**
- 3.9.2. A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).**
- 3.10. Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com a prefeitura local, respeitado o valor do Capital Segurado contratado.**
- 3.11. Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a Seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do Segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, pré-definidas pelo interessado, sobre o acontecimento.**
- 3.12. Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos clientes da Seguradora. A Assistência 24 horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço de funeral.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, SUBITEM 2.2.2, E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:**
- A) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA,**

- QUANDO ACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO;**
B) CREMAÇÃO PARA OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;
C) SEPULTAMENTO DE MEMBROS;
D) DESPESAS NÃO PREVISTAS NESTA CONDIÇÃO ESPECIAL E/OU SUPERIORES AOS LIMITES PREVIAMENTE ACORDADOS; E
E) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO, TERRENOS E CARNEIROS.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro pela Apólice e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.
- 5.2.** Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1.** Para esta Cobertura, considera-se como data do evento para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado, comprovada mediante certidão de óbito.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1.** O âmbito territorial para os serviços de assistência de sepultamento é o território nacional.
- 7.2.** O âmbito territorial para os serviços de **assistência de Traslado** é o globo terrestre até o município de Moradia Habitual no Brasil.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1.** Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta Cobertura, mediante apresentação das notas fiscais originais, nos casos de solicitação de reembolso.
- 8.2.** No caso de acionamento da prestação de serviços, o pagamento será realizado diretamente ao prestador de serviços responsável pelo atendimento ao Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 9.1.** Além das situações previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
- a)** Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - b)** Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e
 - c)** Se no caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, referente a invalidez total de um do(s) sócio(s), ou titular(es), ou instituidor(es), ou administrador(es) ou empresário(s) Segurados.

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** Em caso de reembolso, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão

ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Cópia da certidão de óbito do Segurado;
- b) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- c) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo Médico que assistiu o Segurado;
- d) Cópia do RG, CPF do contratante da nota fiscal;
- e) Original das notas fiscais e recibos das despesas com o funeral; e
- f) Cópia do comprovante de residência em nome do contratante da nota fiscal. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado.

10.2. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do Capital Segurado contratado vigente na data do Evento Coberto.

10.3. Caso proceda a recusa do Sinistro após a prestação dos serviços funerários, a Seguradora poderá requerer do Beneficiário o valor correspondente às despesas com o funeral do Segurado.

10.4. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura estabelecido, atualizado monetariamente, nos termos da cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS das Condições Gerais do seguro.

10.5. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionados a essa Cobertura, bem como para pagamento da Indenização (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.