
SEGURO PRESTAMISTA

CRÉDITO IMOBILIÁRIO

Capital Segurado Vinculado

Condições Contratuais

Versão 1.2

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.900671/2015-72

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	3
1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DEFINIÇÕES	3
3. COBERTURAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS	7
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	9
6. CARÊNCIAS.....	9
7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	10
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO	10
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	12
10.VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	13
11.CAPITAL SEGURADO	14
12.BENEFICIÁRIOS.....	15
13.CUSTEIO DO SEGURO	16
14.PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	16
15.ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.....	18
16.RECÁLCULO DOS VALORES.....	19
17.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.....	20
18.CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	21
19.CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	21
20.PERDA DE DIREITOS.....	22
21.REENQUADRAMENTO DAS TAXAS	24
22.LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	24
23.MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS	27
24.OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.....	27
25.REGIME FINANCEIRO.....	28
26.MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA.....	29
27.PRESCRIÇÃO	29
28.FORO.....	29
29.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	29
CONDIÇÕES ESPECIAIS	30
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M	30
1. OBJETIVO DA COBERTURA	30
2. RISCOS EXCLUÍDOS	30
3. CAPITAL SEGURADO	30
4. DATA DO EVENTO	30
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	30
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	30
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	31
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	31
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	32
1. OBJETIVO 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 INDIVIDUAL	34
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	35
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	35
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A	36
1. OBJETIVO DA COBERTURA	36
2. DEFINIÇÕES	36
3. RISCOS COBERTOS	38
4. RISCOS EXCLUÍDOS	39
5. CAPITAL SEGURADO	40
6. DATA DO EVENTO	40
7. CARÊNCIA	40
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	40
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	40
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	41
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	42
12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	42
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	42
ANEXO À COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A	43

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo, mediante o recebimento do prêmio, amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo Devedor, pessoa física, oriundas de operações de crédito contratadas junto ao Estipulante, no caso de ocorrência do Evento Coberto, até o limite do Capital Segurado contratado, **observados os Riscos expressamente Excluídos, as hipóteses de perda do direito ao recebimento do Capital Segurado e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

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:

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **Excluem-se desse conceito:**

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

Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

Apólice: documento emitido pela Seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da Cobertura solicitada pelo Proponente ou pelo Estipulante.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) é(são) obrigado(s) a fazer à Seguradora, assim que dela tenha conhecimento.

Beneficiário(s): pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de ocorrência do Sinistro.

Capital Segurado: valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro.

Capital Segurado Vinculado: modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência do seguro no caso de suspensão, durante o qual, em caso de Sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado ou o(s) Beneficiário(s).

Certificado Individual: documento emitido pela seguradora, que comprova a inclusão do Segurado na Apólice coletiva.

Cobertura(s): obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, **observados os Riscos Excluídos, as hipóteses de perda do direito às Coberturas e demais disposições contratuais.**

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.

Companheira(o): 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.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato de Seguro, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de Cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e quando couber, do Estipulante.

Conjugação: é a contratação de mais de uma Cobertura securitária constante no presente instrumento.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do(s) Segurado(s) e dos Beneficiário(s).

Corretor: 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 entre a seguradora e pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado. **O Corretor de seguros responde civilmente perante os Estipulantes, Segurados, as Seguradoras e o(s) Beneficiário(s), pelos prejuízos que causar no exercício da profissão, por ação ou omissão, dolosa ou culposa.**

Credor: aquele a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada, objeto desse seguro.

Culpa Grave: termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo, sendo motivo para a perda do direito por parte do Segurado.

Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade: documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o Proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada, objeto desse seguro.

Doenças e Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declarada na proposta e/ou Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, no preenchimento da proposta e/ou Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade, poderá ensejar a perda do direito ao seguro.

Endosso: documento emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma Apólice, de comum acordo com o Segurado.

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, podendo assumir o papel do Credor ou do Devedor nas operações do seguro prestamista.

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado pela Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) enquadrado nas Coberturas previstas na Apólice.

Foro: âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.

Grupo Segurado: totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.

Grupo Segurável: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

Indenização: valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) pela Seguradora, quando da ocorrência do Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado individual da Cobertura contratada.

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.

Obrigação: produto, serviço 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.

Prazo de Tolerância: intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o seguro inadimplente fará jus à Cobertura.

Prêmio: valor a ser pago pelo Segurado à Seguradora correspondente a cada uma das Coberturas contratadas, destinado ao custeio do seguro.

Premoriência: morte do Beneficiário antes do falecimento do Segurado.

Proponente: interessado em contratar a(s) Cobertura(s) do seguro ou aderir ao contrato no caso de contratação sob a forma coletiva.

Proposta de Adesão: documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, nele manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais, Condições Especiais e demais disposições contratuais.

Proposta de Contratação: documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais da Apólice.

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.

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 o resgate de Prêmios aos Segurados e ao(s) Beneficiário(s).

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados pela Seguradora na ocorrência de um Sinistro, para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

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 do 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.**

Riscos Excluídos: são os potenciais eventos danosos indicados expressamente nas Condições Contratuais como riscos não cobertos pelo seguro em caso de Sinistro.

Saldo Devedor: é a diferença entre o crédito concedido reajustado, acrescido dos encargos da operação e o valor total que já foi amortizado (pago) até a data da apuração ou liquidação do Sinistro.

Segurado: é a 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), titulares, instituidores, administradores ou empresários integrantes do quadro social da empresa na data de adesão ao seguro.

Seguradora: é a empresa legalmente autorizada para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) Cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de Prêmio, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do seguro.

Sinistro: é a ocorrência do Evento Coberto, durante o período de Vigência do Seguro.

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.

Vigência do Seguro: é o período definido na Apólice de seguro, nos quais as Coberturas de riscos propostas serão garantidas pela Seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

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

3.1.1. Cobertura Básica

- Morte – M

3.1.2. Coberturas Adicionais

- Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTES 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 EXPLOSÃO 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 OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- C) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTÍNUA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR PRESCRITOS POR MÉDICOS CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADOS NA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E/OU ATIVIDADE;**
- 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 SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES DO ESTIPULANTE;**
- E) DE EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARATER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;**
- 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 DE 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, SISMICO 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.**
- 4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS INDICADOS NO ITEM 4.1 DESTA CONDIÇÃO GERAL, SÃO RISCOS EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DE ACIDENTE PESSOAL, SE CONTRATADAS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:**
- A) DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC;**
 - B) DE DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS;**
 - 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) DE INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
 - G) DA PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS; E**
 - H) DE 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.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito territorial de cada uma das Coberturas será definido nas respectivas Condições Especiais.

6. CARÊNCIAS

6.1. A Carência, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial de cada 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 Individual.

6.1.2. O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da respectiva Cobertura individual de cada Segurado ou da solicitação de aumento de Capital Segurado, ou ainda, da solicitação de inclusão de nova 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.

6.3. Não haverá Carência para as Coberturas de Acidente Pessoal, exceto no caso de suicídio.

6.4. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da Carência.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

7.1. A contratação ou alteração da Apólice se dará mediante a apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do Estipulante ou por seu Corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.

7.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, 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. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto acima, respeitada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

7.3. A Seguradora, dentro do prazo previsto no item anterior, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

7.3.1. Caso o Proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez. No caso de Proponente pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 7.2, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

7.4. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Estipulante ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

7.5. 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 15 (quinze) dias, a partir da Proposta de Contratação.

7.6. É VEDADA A CONTRATAÇÃO OU ALTERAÇÃO DO SEGURO POR MEIO DE PROCURAÇÃO.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO

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

8.2. Para os casos de contratação por pessoa física, serão aceitos como Segurados, todo o Proponente que tenha assumido dívida ou compromisso com o Estipulante, que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional ou aposentado por tempo de serviço, em condições normais de saúde e com idade elegível definido no contrato de seguro firmado com o Estipulante.

8.2.1. Caso o Proponente possua idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a Proposta de Adesão.

- 8.2.2. A idade do Segurado, na data de contratação ou renovação do seguro, somada ao prazo da operação de crédito não poderá ser superior a 80 (oitenta) anos, 5 (cinco) meses e 29 (vinte e nove) dias, obedecidas as normas de subscrição da Seguradora.**
- 8.3. 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.
- 8.4. 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, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.**
- 8.5. Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar o risco. A constatação de omissões, declarações inexatas, ou circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou na fixação do Prêmio do seguro, poderá implicar na perda do direito à Indenização, além da Obrigação ao pagamento do Prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de rescindir o contrato ou a cobrar a diferença do Prêmio, mesmo após a caracterização do Evento Coberto.
- 8.6. A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade, podendo ser compulsória ou facultativa.
- 8.7. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Adesão, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.
- 8.8. 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 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 8.9. Caso o Proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 8.7, no caso de Proponente pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 8.7, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.
- 8.10. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Proponente ou Corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.**
- 8.11. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 8.7, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.12. O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.
- 8.13. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente,

no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pelo critério “Pro Rata Temporis” correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição.

8.13.1. No caso de extinção do IPCA/IBGE, o índice a ser utilizado 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.

8.13.2. Durante o período compreendido entre a data da recepção da Proposta de Adesão com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa do risco, haverá Cobertura pelo seguro.

8.14. 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.

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

8.15.1. **A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante.** A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto nos itens 8.8 e 8.9 desta cláusula.

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

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

9.1. A Apólice coletiva de seguro será objeto de renovação automática, por igual período ao contrato inicialmente, por uma única vez, ficando as demais renovações sujeitas à anuência prévia tanto da Seguradora, como do Estipulante.

9.2. **A Apólice poderá não ser renovada de forma automática, por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data do término da vigência da Apólice.**

9.3. As demais renovações deverão se dar por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação, de acordo com o item 9.2.

9.4. **Caso haja, na renovação, qualquer alteração na Apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos Segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de Segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.**

- 9.5. Na Apólice coletiva, o prazo final de vigência do Certificado Individual não poderá ultrapassar o final de vigência da Apólice.
- 9.6. Caso o Credor e o Devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada e:
- 9.6.1. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio correspondente ao período remanescente;
- 9.6.2. Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.
- 9.7. 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.
- 9.8. A Apólice coletiva e os Endossos terão o seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida para tal fim indicada nos respectivos documentos de contratação e renovação.
- 9.8.1. 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.
- 9.8.2. 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.
- 9.9. **Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.**

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 10.1. O início da Cobertura do Certificado Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento antecipado do Prêmio, o início da Cobertura do Certificado Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.
- 10.2. O prazo de vigência da Cobertura individual será equivalente ao prazo da operação de crédito com o Estipulante, conforme definido no Contrato de Seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da Apólice coletiva.
- 10.2.1. Quando o seguro for contratado na mesma data da contratação da operação de crédito, o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro ou da data de liberação do crédito, conforme definido no Contrato de Seguro, até a data de término da operação de crédito.
- 10.2.2. Quando o seguro for contratado em data posterior à contratação da operação de crédito o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro até a data de término da operação de crédito.

- 10.3.** O prazo de vigência da Cobertura individual constará na Apólice, Certificado Individual ou proposta e seu início e término será às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 10.4.** Nos casos em que a Obrigação perdurar por período indeterminado, o prazo de vigência deverá ser acordado entre as partes, obedecendo o disposto no item 10.3 acima.
- 10.5.** Os casos de renegociação da operação de crédito deverão ser comunicados imediatamente à Seguradora, através de nova Proposta de Adesão e estarão sujeitos à análise de aceitação da Seguradora, conforme definido no Contrato de Seguro.
- 10.6. 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.**
- 10.7.** Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo Certificado Individual ao(s) Segurado(s).

11. CAPITAL SEGURADO

- 11.1.** A modalidade de Capital Segurado deste plano de seguro é a de **Capital Segurado Vinculado**, modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da Obrigação, ou seja, igual ao saldo devedor da operação de crédito, conforme definido no Contrato de Seguro, e corresponde ao valor máximo da Indenização, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste e será informado na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice e no Certificado Individual.
- 11.2.** Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.
- 11.3. Caso haja mais de um Proponente responsável pelo pagamento da Obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.**
- 11.3.1. Em caso de Sinistro, o valor da Indenização deverá respeitar o percentual do Capital Segurado indicado na proposta para cada um dos Segurados, que por sua vez, deverá estar indicado nos Certificados Individuais.**
- 11.3.2.** Neste caso, o pagamento da Indenização referente a um ou mais Segurados não extingue a Obrigação, e o seguro será mantido para os demais, relativamente à Obrigação remanescente.
- 11.4. Os Capitais Segurados não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.**
- 11.5. 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.**
- 11.6. 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.**
- 11.7.** Os valores ora mencionados serão apurados na data do Evento Coberto, de acordo com as Condições Especiais das Coberturas contratadas e conforme modalidade de capital prevista neste plano.

- 11.8. 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 conseqüentemente à Indenização a ser paga em caso de Evento Coberto.**
- 11.9. Não será devida Indenização para qualquer parcela da Obrigação vencida antes da data do Sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.**
- 11.10. 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 saldo devedor 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.**

12. BENEFICIÁRIOS

- 12.1. O Beneficiário do seguro será o Credor, a quem deverá ser paga a Indenização, no valor a que tem direito em decorrência da Obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do Evento Coberto e limitado ao Capital Segurado contratado.**
- 12.2. 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 segundo Beneficiário indicado, em caso de morte do Segurado, ou ao próprio Segurado, no caso de Evento Coberto.**
- 12.2.1. Nos casos em que o seguro for contratado por pessoa jurídica, o Segurado figurará 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.**
- 12.3. Para a quitação do saldo devedor junto ao Estipulante será considerado o valor devido na data do pagamento da Indenização, respeitado o Capital Segurado contratado.**
- 12.4. Nos casos de operações de crédito com mais de um mutuário/titular-solidário – para as Apólices que prevejam esta possibilidade no Contrato de Seguro, a Cobertura cobrirá somente o saldo devedor de responsabilidade do Segurado, diretamente proporcional ao número de titulares responsáveis pela dívida ou conforme estabelecido em contrato, na data do Aviso de Sinistro.**
- 12.4.1. 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.**
- 12.5. Na falta de indicação expressa de segundo Beneficiário, ou se por algum motivo não prevalecer a que for feita, será distribuído aos beneficiários legais.**

- 12.6.** O(s) segundo(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo Segurado, bastando o encaminhamento à Seguradora de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos Beneficiários.
- 12.6.1.** Qualquer alteração de Beneficiário somente terá validade no primeiro dia útil subsequente à data de protocolo na Seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo Segurado.
- 12.6.2.** 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.
- 12.6.3.** Para efeito desse seguro, o(a) Companheiro(a) será equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o Segurado era solteiro, viúvo, separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.
- 12.7.** 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 o item 12.5.
- 12.8.** 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 a 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 a sua manifestação de vontade.
- 12.9.** 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.
- 12.10.** 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 vigente.
- 12.11.** Não será válida a indicação ou substituição de Beneficiário por procuração ou por termo de curatela.

13. CUSTEIO DO SEGURO

- 13.1.** A forma de custeio do seguro será estabelecida no Contrato de Seguro e será contributário, ou seja, aquele em que o Segurado paga o seguro total ou parcialmente.
- 13.2.** A responsabilidade pelo recolhimento e pela quitação dos Prêmios devidos, será sempre do Estipulante.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 14.1.** A periodicidade de pagamento do Prêmio será determinada no Contrato de Seguro e poderá ser em parcela única ou fracionada. Quando o pagamento for em forma fracionada, poderá ser nas periodicidades: mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual. A opção de periodicidade será conforme determinada na Proposta de Adesão.

- 14.1.1. Em caso de pagamento fracionado do Prêmio, o Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas. Neste seguro não haverá aplicação de juros sobre o Prêmio fracionado.**
- 14.1.2. Para os Prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do Certificado Individual.**
- 14.1.3. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.**
- 14.2.** Para garantir seu direito à Cobertura, o Segurado e/ou Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deverão efetuar o pagamento do Prêmio do seguro, até a data-limite de seu vencimento, constante no respectivo documento de cobrança, de acordo com a forma de pagamento escolhida na Proposta de Contratação.
- 14.3.** O pagamento dos Prêmios do seguro será efetuado de acordo com a periodicidade e a data de vencimento estabelecida na Apólice e no Certificado Individual.
- 14.4.** Caso a data de vencimento do Prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, este poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil seguinte em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas Coberturas e sem acréscimo de valor.
- 14.5.** A forma de pagamento do seguro será por débito em conta corrente nos bancos credenciados da Seguradora ou por fatura, conforme opções determinadas no Contrato de Seguro e descritas na Proposta de Adesão.
- 14.6.** Qualquer Indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do Prêmio tiver sido realizado pelo Segurado ou pelo Estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 14.7.** Caso o Sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do Prêmio, o direito ao Capital Segurado não ficará prejudicado, se o pagamento for realizado ainda naquele prazo.
- 14.8. Caso haja falta de pagamento do Prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nas Cláusulas 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**
- 14.9.** Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 14.10. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 9 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.**
- 14.11.** Quando se tratar de seguro com Prêmio fracionado e configurado o não pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da Cobertura será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto abaixo:

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

14.11.1. Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

14.12. A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, através de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, com antecedência de 10 (dez) dias do seu vencimento, que servirá de notificação para a regularização do contrato, advertindo-o da necessidade de quitação da(s) parcela(s) do Prêmio do seguro em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

14.13. Restabelecido o pagamento do Prêmio das parcelas ajustadas, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido nesta cláusula, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice/Certificado Individual do seguro.

14.14. Findo o novo prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do Prêmio, ou ainda, nos casos em que, a aplicação do disposto no referido subitem não resultar em alteração do prazo de vigência, operará de pleno direito o cancelamento do Contrato de Seguro.

14.15. A Seguradora poderá nos seguros coletivos de custeio contributivo, delegar ao Estipulante o recolhimento dos Prêmios devidos pelos Segurados, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora até o prazo previsto, de acordo com as condições estabelecidas no contrato. Entretanto, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora e no prazo devido os Prêmios recolhidos dos Segurados, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da Cobertura, a critério da Seguradora, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.

14.16. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) Segurado(s), 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.

15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS

15.1. Não haverá atualização monetária para os valores do Capital Segurado e do Prêmio correspondente.

- 15.2.** Dado que os Capitais Segurados são estabelecidos a partir do valor da dívida do segurado na data de ocorrência do evento gerador da Indenização, os valores de Capitais Segurados e Prêmios acompanharão o valor do saldo devedor assumido pelo Segurado junto ao Estipulante e serão recalculados na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração no saldo devedor da dívida.
- 15.3.** 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, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora de 0,5% (cinco décimos 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.
- 15.4.** 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*.
- 15.5.** 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.
- 15.6.** 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.

16. RECÁLCULO DOS VALORES

- 16.1.** Os Capitais Segurados, quando da contratação do seguro, poderão representar múltiplos de valores pré-definidos (salários, mensalidades escolares ou associativas, etc.) ou saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos Segurados e poderão, também, ser recalculados no mínimo mensalmente e no máximo a cada 12 (doze) meses, desde que o recálculo esteja previsto na Proposta de Contratação, no Contrato de Seguro, na Apólice e no Certificado Individual.
- 16.2.** O recálculo dos Capitais Segurados visa à adequação dos mesmos aos termos acordados com o Estipulante, Subestipulante e Segurado.
- 16.3.** Quando os Capitais Segurados representarem múltiplos de valores pré-definidos, os respectivos Prêmios serão simultaneamente recalculados.
- 16.4.** Quando os Capitais Segurados representarem saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos Segurados, os Prêmios poderão ser previamente definidos sem a necessidade de recálculo futuro, baseados no Capital Segurado médio do período de Cobertura, ou ser recalculados na mesma periodicidade dos capitais.
- 16.5.** Constará no contrato de seguro se será aplicado o critério de atualização dos Prêmios e dos Capitais Segurados, conforme Cláusula 15 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, ou o critério de recálculo dos valores, conforme o item 16.3.

17. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

- 17.1. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ÚNICO OU DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO NA CONTRATAÇÃO, RESPEITADA A PERIODICIDADE DEFINIDA, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DA CONTRAÇÃO DO SEGURO.**
- 17.2. EM CASO DE ATRASO NO PAGAMENTO DE QUALQUER PARCELA POSTERIOR A PRIMEIRA, INICIARÁ A CONTAGEM DO PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO E SERÁ CONTADO DE FORMA DIFERENCIADA, DEPENDENDO DA VIGÊNCIA DO SEGURO E DA PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO DEFINIDA, CONFORME SEGUE:**
- 17.3. PARA TODAS AS OPÇÕES DE PAGAMENTO DE PRÊMIO, A SABER, MENSAL, BIMESTRAL, TRIMESTRAL, SEMESTRAL E ANUAL À VISTA:**
- 17.3.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À 1ª (PRIMEIRA) OU DO PRÊMIO ANUAL À VISTA, INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DA 1º (PRIMEIRA) PARCELA OU DO PRÊMIO ANUAL À VISTA INADIMPLENTE.**
- 17.3.2. NÃO SENDO REGULARIZADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA CONCEDIDO, A SEGURADORA ENCAMINHARÁ AO SEGURADO UMA NOTIFICAÇÃO, PARA ADVERTIR QUANTO À NECESSIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, COM OS SEUS ENCARGOS DEVIDOS, NO PRAZO DE ATÉ 10 (DEZ) DIAS, CONTADOS DA DATA DO SEU RECEBIMENTO, SOB PENA DE CANCELAMENTO DO SEGURO.**
- 17.3.3. DECORRIDO O PRAZO CONCEDIDO PARA A REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA SEM QUE O PAGAMENTO DO PRÊMIO PENDENTE TENHA SIDO EFETUADO, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO.**
- 17.3.4. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO SUBITEM 17.3.1, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, MAS O REEMBOLSO DAS DESPESAS COM O EVENTO COBERTO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NA CLÁUSULA 15 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORÁTORIOS.**
- 17.3.5. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO SUBITEM 17.3.1, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE O SUBITEM 17.3.3.**
- 17.4. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME DISPOSTO NA CLÁUSULA 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.**

17.5. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO DOS ÍNDICES PREVISTOS NA CLÁUSULA 15 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.

18. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. É facultado ao Segurado cancelar o seguro a qualquer tempo ainda que anteriormente à extinção da Obrigação.

18.2. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura individual de cada Segurado termina, sem qualquer restituição de Prêmio:

- a) No final do prazo de vigência do Certificado Individual, se esta não for renovada;
- b) Em caso de cancelamento da Apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
- c) Com a exclusão do Segurado da Apólice:
 - i) pelo pagamento da Indenização por Morte;
 - ii) pelo pagamento da Indenização de Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - iii) pelo pagamento da Indenização de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
 - iv) na data de fim de vigência da Cobertura individual, conforme originalmente contratada;
 - v) na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado, desde que por escrito e devidamente assinado;
- d) Com o cancelamento a pedido da Seguradora, desde que o aviso prévio seja feito com 60 (sessenta) dias de antecedência;
- e) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante,
- f) Quando a obrigação for extinta, observando-se o item 9.7 da Cláusula 9 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE;
- g) Com o esgotamento dos limites máximos de Indenização;
- h) Quando o prêmio não for pago conforme o convencionado, observado o disposto na Cláusula 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO;
- i) 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;
- j) Com a transferência de titularidade da dívida ou compromisso assumido pelo Proponente junto ao Credor;
- k) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, devidamente comprovados; e
- l) Imediatamente se constatada uma das hipóteses previstas na CLÁUSULA 20 – PERDA DE DIREITOS.

19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

19.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NA CLÁUSULA 23 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA EM CURSO DOS SEGUROS INDIVIDUAIS, RESPEITADO O PERÍODO CORRESPONDENTE AO PRÊMIO PAGO.

19.2. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

19.3. A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

19.4. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido na Cláusula 17 – 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.

19.5. 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 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;

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

e) Se constada uma das hipóteses previstas na Cláusula 20 – PERDA DE DIREITOS;

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

19.6. 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.

19.7. NO CASO DE RESCISÃO TOTAL OU PARCIAL DO SEGURO, A QUALQUER TEMPO, POR INICIATIVA DE QUAISQUER DAS PARTES CONTRATANTES E COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ RETER DO PRÊMIO RECEBIDO, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, A PARTE PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO.

20. PERDA DE DIREITOS

20.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS PAGOS E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, CASO O ESTIPULANTE, O SUBESTIPULANTE (SE HOVER), O PROPONENTE, O SEGURO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):

A) AGRAVAR(EM) INTENCIONALMENTE O RISCO, NOS TERMOS DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO;

- B) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS, FALSAS, SIMULAÇÃO DE ACIDENTE OU AGRAVAMENTO DAS SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OBTER OU AUMENTAR A INDENIZAÇÃO OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO;**
- C) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DE SEGURO;**
- D) AGIR COM DOLO, FRAUDE CONSUMADA OU SUA TENTATIVA, SIMULAÇÃO OU CULPA GRAVE, TANTO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO QUANTO DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU PARA OBTER OU MAJORAR O PAGAMENTO/RECEBIMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU, AINDA, SE TENTAR(EM) OBTER VANTAGEM INDEVIDA COM O EVENTO RECLAMADO; E**
- E) TENTATIVA DE IMPEDIR OU DIFICULTAR QUALQUER EXAME OU DILIGÊNCIA DA SEGURADORA NA ELUCIDAÇÃO DO EVENTO COBERTO.**

20.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO DAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SUBESTIPULANTE (SE HOVER), DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEGURADORA PODERÁ:

I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO:

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

II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:

- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU**
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DO PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.**

III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DO PRÊMIO DEVIDO.

20.3. O SEGURADO E/OU O CREDOR SERÁ(ÃO) OBRIGADO(S) A COMUNICAR(EM) À SEGURADORA, LOGO QUE O SAIBA(M), DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE FICAR COMPROVADO QUE O SEGURADO E/OU O CREDOR SILENCIOU(ARAM) DE MÁ-FÉ, CONFORME DISPOSTO NO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

20.3.1. TAMBÉM CARACTERIZA A ALTERAÇÃO DE RISCO AS OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇAS DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO JUNTAMENTE COM A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E/OU ATIVIDADES.

20.4. A SEGURADORA PODERÁ, NO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DE AGRAVAMENTO DO RISCO, DAR CIÊNCIA AO SEGURADO, POR ESCRITO, DE SUA DECISÃO DE CANCELAR O SEGURO OU, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, MANTER O SEGURO, RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA OU COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

20.4.1. O CANCELAMENTO DO SEGURO SOMENTE SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, QUANDO HOUVER, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

21. REENQUADRAMENTO DAS TAXAS

21.1. Para o risco de Morte Natural ou Acidental, a taxa mensal por faixa etária será correspondente à idade de cada Segurado e deverá ser aplicada sobre o valor do saldo devedor mensal, proporcional a cada mutuário.

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

Faixa Etária	% de Reenquadramento
até 25 anos	–
26 – 30 anos	32%
31 – 35 anos	27%
36 – 40 anos	23%
41 – 45 anos	54%
46 – 50 anos	81%
51 – 55 anos	65%
56 – 60 anos	45%
61 – 65 anos	40%
66 – 70 anos	58%
71 – 75 anos	67%
Acima de 76 anos	63%

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

22.1. Ocorrendo qualquer um dos Eventos Cobertos pelo seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente a seguradora por meio da central de atendimento ou outro meio que a Seguradora disponibilize e estabeleça no Certificado Individual.

22.2. Para o processo de Regulação do Sinistro serão exigidos documentos específicos de cada Cobertura, conforme constam nas respectivas Condições Especiais.

22.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, para o pagamento da Indenização, contados da data de entrega de todos os documentos relacionados nas Condições Especiais das respectivas Coberturas, observado que a documentação especificada não é restritiva. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos e/ou informações que se façam necessários durante a Regulação do Sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr

a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada de todos os documentos e/ou informações complementares solicitados.

- 22.4. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO.**
- 22.5. 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.**
- 22.6. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Aviso de 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.**
- 22.7. 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.**
- 22.8. Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, 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.**
- 22.9. 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 REPRESENTANTES LEGAIS, SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 22.10. 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.**
- 22.11. Independentemente dos documentos exigidos pela Seguradora nas Condições Especiais de cada Cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu exclusivo critério, especialistas de sua indicação para apurar a comprovação ou não do Evento Coberto.**
- 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 Coberto.**
- 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 das lesões, bem como a avaliação da invalidez ou incapacidade física do Segurado, a Seguradora deverá propor 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.

- 22.15.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e um terceiro, desempatador, nomeado por ambos. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado ou Beneficiário e pela Seguradora.**
- 22.16.** 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.
- 22.17.** O não comparecimento do Segurado ou 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 junta, salvo convenção em contrário.
- 22.18.** Não será admitida a nomeação 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.
- 22.19.** O Segurado, ao aderir ao 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 por meio de seu Médico Assistente.
- 22.20.** 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.
- 22.21.** 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 a quitação ou amortização da dívida contraída pelo Segurado diretamente ao Credor, nas seguintes situações:
- 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
 - Quando o Segurado ou terceiro quitar ou amortizar a dívida ou o compromisso assumido junto ao Credor antes de avisar o Sinistro.
- 22.22.** 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 seu(s) respectivo(s) representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor de seguros.
- 22.23.** O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SERÁ EFETUADO EM PARCELA ÚNICA.

22.24. O pagamento da Indenização cancelará automaticamente o Certificado Individual.

22.25. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, 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 15 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.

22.26. 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 AOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS POR LEI, CONFORME DISPOSTO NA CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS.

23. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

23.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

23.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

23.3. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.

23.4. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.

23.5. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem abaixo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

23.6. A Seguradora deverá, sendo o caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

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

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, 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 de seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida;
- 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 liquidação de Sinistros;
- j) Comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- 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.

24.2. 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.

24.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro e sujeitará o Estipulante ou o Subestipulante (se houver) às cominações legais.

24.4. 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.

25. REGIME FINANCEIRO

25.1. Este plano está estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, ou seja, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de provisão matemática de benefícios a conceder ou reserva técnica em nome de cada Segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro. Sendo assim, não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

- 26.1.** As peças promocionais e de propaganda referente a divulgação do seguro, por parte do Estipulante/Subestipulante e/ou do Corretor de seguros, deverão ser divulgadas com autorização prévia, expressa e sob supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as respectivas Condições Gerais e Especiais. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.
- 26.2.** 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.

27. PRESCRIÇÃO

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

28. FORO

- 28.1.** Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões judiciais decorrentes do presente Contrato de Seguro.
- 28.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item acima.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 29.1.** Aos casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.
- 29.2.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 29.3.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 29.4.** As Condições Contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante da Apólice ou da proposta de seguro e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de Prêmio, o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte natural ou acidental do Segurado, **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 NA LETRA “B” DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto pela Apólice vigente na data do evento, 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:
- Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - 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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a 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) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de Sinistro (solicitante);
- d) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- e) Para os casos de Morte, quando se tratar de Evento Acidental, além do documento descrito na letra “d” acima, também deverá ser apresentada:
 - I. Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
 - II. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
 - III. Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e se o Segurado for o piloto;
 - IV. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, em caso de acidente automobilístico e se o Segurado for o condutor, se cabível;
 - V. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível; e
 - VI. Cópia dos laudos de alcoolemia e 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.

7.2. **As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionados a essa Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – 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. OBJETIVO 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 causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, conforme especificado no item 3.1 da Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial e na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os Riscos 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. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura específica as seguintes definições:

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.

Impotência Funcional: alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gere prejuízo ao indivíduo.

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 total de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante no 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 no item 3.5 abaixo.
- 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 abaixo.
- 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 porcentagens 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. Os Capitais Segurados da Cobertura básica de Morte – M e a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam.
- 3.7. TABELA PARA O CÁLCULO 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 4 – RISCOS EXCLUÍDOS E DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO 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 PESSOAL, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - C) OS ERROS MÉDICOS;
 - D) PROBLEMAS AUDITIVOS;
 - E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL 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 DECORRENTES 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 do saldo devedor da operação de crédito, de acordo com o Contrato de Seguro firmado com o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), observado o disposto da Cláusula 9 – CAPITAL SEGURADO, das Condições Gerais.

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 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 INDIVIDUAL

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – 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) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, referente à caracterização da invalidez total de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) Segurado(s).

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

9.1. Para a 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) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de Sinistro (solicitante);
- d) Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com laudo radiológico (ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia);
- e) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica, assinado pelo Segurado ou seu representante legal, quando for o caso;
- f) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico Assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório; e
- g) No caso de Alienação Mental, total e incurável: além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.

9.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionados a essa Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – 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 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio adicional, a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura básica de Morte – M ao(s) Beneficiário(s), caso seja caracterizada a invalidez funcional permanente e total consequente de doença, que cause a perda da independência do Segurado, sob critérios devidamente especificados na Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial, ocorrida durante a vigência do seguro, **observados os Riscos Excluídos o prazo de Carência e as 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 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, são aplicáveis à presente Cobertura, as seguintes definições:

Agravos Mórbidos: piora de uma doença.

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

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave e que atenda os seguintes critérios de forma conjunta:

- Classe funcional III ou IV segundo a NYHA (New York Heart Association);
- Fração de ejeção mensurada no ecodopplercardiograma inferior a 0,35% (trinta e cinco centésimos por cento) e;
- Que estejam otimizados todos os recursos terapêuticos aplicados à cardiopatia por um ano consecutivo e ininterrupto sem levar à melhora da condição clínica do Segurado.

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

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: peso e a altura do Segurado.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doenças Crônicas: doenças com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doenças Crônicas de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença em Estágio Terminal: estágio da doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo Médico Assistente. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

Doenças Neoplásicas Malignas Ativas: crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.

Doenças Profissionais: aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Hígido: saudável.

Impotência Funcional: é a alteração da função orgânica ou de partes do organismo, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

Perda da Existência Independente do Segurado: ocorrência de Quadro Clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das suas relações autonômicas.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer Auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal: capacidade do Segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer Auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada segundo critérios vigentes à época da Regulação do Sinistro e aplicadas pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, que inviabilizem de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do Segurado, provenientes exclusivamente de:
- Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “Cardiopatia Grave”, de acordo com a definição constante na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES desta Condição Especial;
 - Doenças Neoplásicas Malignas Ativas sem Prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - Doenças Crônicas de Caráter Progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (Consumção), sem Prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - Alienação Mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (Cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - Doenças manifestas no sistema nervoso com Sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no Sentido de Orientação e/ou das funções de 2 (dois) membros, em grau máximo;
 - Doenças do Aparelho Locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de Transferência Corporal;
 - Deficiência Visual, **decorrente das doenças listadas abaixo:**
 - Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° (sessenta graus); ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

- h) Doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (Doença em Estágio Terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
- i) Estados Mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de 2 (dois) membros;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das 2 (duas) mãos ou de 2 (dois) pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Demais Riscos Cobertos:

- a) Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – Anexo, e atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis;
- b) O IAIF é composto por 2 (dois) documentos: o primeiro documento é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, que avalia por meio de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de Conectividade com a Vida (atributos);
- c) O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O Quadro Clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas;
- d) Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas;
- e) Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados;
- f) O segundo documento é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas; e
- g) Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

3.3. O Quadro Clínico incapacitante da Perda de Existência Independente do Segurado deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos médicos devidamente especificados nas Condições Gerais e na Cláusula 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

3.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta Cobertura, os Segurados portadores de Doença Estágio Terminal atestada por médico legalmente habilitado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS E OS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS, CONSIDERAM-SE TAMBÉM COMO RISCOS EXCLUÍDOS, AINDA QUE RESULTANDO EM QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTÔNOMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADA A:

- A) PERDA, REDUÇÃO OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E/OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA DIRETA E/OU INDIRETA DE LESÃO FÍSICA E/OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;**
- B) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL; E**
- C) DOENÇAS CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. A Indenização corresponde à 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura básica de Morte – M, devido na ocorrência do Sinistro pela Apólice vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.
- 5.2. Não se inclui no Capital Segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.
- 5.3. 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 Coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data da caracterização da invalidez funcional permanente total por doença, indicada no Relatório Médico de que trata a Cláusula 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.
- 6.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo o Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. CARÊNCIA

- 7.1. A Carência para esta Cobertura será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, contados a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência individual e estará indicado no Certificado Individual.
- 7.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração de Saúde e/ou Atividade ou por exame médico.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR IANADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
- Por ser a presente Cobertura uma antecipação da Cobertura básica de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a Cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro para o Segurado. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos com atualização monetária;
 - Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e

- d) **No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, referente à caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) Segurado(s).**

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a 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) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
 - c) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de Sinistro (solicitante);
 - d) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente, quando houver saldo do Capital Segurado;
 - e) Relatório do Médico Assistente do Segurado:
 - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada;
 - e
 - Detalhando o Quadro Clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
 - f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
 - g) Contrato do financiamento; e
 - h) Extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo Segurado junto ao Estipulante.
- 10.2.** Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, 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.
- 10.3.** 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.
- 10.4.** Se durante a Regulação do Sinistro não for comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como a Cobertura básica de morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.
- 10.5.** As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado Evento o Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

11.O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- 11.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico incapacitante de que trata essa Cobertura, devendo ser comprovada por Relatório Médico.**
- 11.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.**

12.DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 12.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituirão ato de reconhecimento da Obrigação de pagar o Capital Segurado.**

13.DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. 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.**

ANEXO À COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de Alienação Mental?	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO	1º GRAU: O Segurado apresenta-se Hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10

SEGURADO	3º GRAU: O Segurado apresenta Quadro Clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou Auxílio técnico?	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O Segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O Segurado necessita de assistência e/ou Auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)?	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	02
Há curso de Recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	04
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais Doenças Crônicas em atividade?	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou Refratariedade Terapêutica?	08

Sede Berrini

Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin Paulista
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000

www.mapfre.com.br



MAPFRE