

SEGURO PRESTAMISTA – TAXA MÉDIA

Condições Contratuais

Versão 3.0

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP nº 15414.000336/2012-20

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	5
2. DEFINIÇÕES.....	5
3. COBERTURAS DO SEGURO.....	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	8
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	9
6. GRUPO SEGURÁVEL.....	9
7. INCLUSÃO DO SEGURADO.....	9
8. CARÊNCIA.....	9
9. FRANQUIA.....	10
10. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	10
11. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	11
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	11
13. CAPITALS SEGURADOS.....	11
14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS.....	12
15. CUSTEIO DO SEGURO.....	12
16. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO.....	12
17. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	12
18. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	13
19. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	13
20. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.....	13
21. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	14
22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	14
23. PERDA DE DIREITOS.....	16
24. BENEFICIÁRIOS.....	17
25. SUB-ROGAÇÃO.....	17
26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	17
27. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	17
28. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	17
29. FORO.....	18

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DO SEGURO PRESTAMISTA.....	19
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	19
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	20
3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ.....	20
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	21
5. CAPITAL SEGURADO.....	21
6. PRÊMIO.....	21
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	21
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	21
9. DISPOSIÇÃO FINAL.....	22

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DO SEGURO PRESTAMISTA 23

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	23
2. DEFINIÇÕES.....	23
3. DA COBERTURA.....	24
4. RISCOS COBERTOS.....	24
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	25
6. CARÊNCIA.....	25
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	25
8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	25
9. CAPITAL SEGURADO.....	25
10. PRÊMIO.....	25
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	25
12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	26
13. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	27
14. PERÍCIA MÉDICA.....	27
15. JUNTA MÉDICA.....	27
16. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	27
17. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	27
18. DISPOSIÇÃO FINAL.....	27
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF.....	28

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO DO SEGURO PRESTAMISTA..... 30

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	30
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	30
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	30
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	30
5. CAPITALS SEGURADOS.....	30
6. PRÊMIO.....	30
7. CARÊNCIA.....	30
8. FRANQUIA.....	31
9. CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	31
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	31
11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES.....	32
12. BENEFICIÁRIOS.....	32
13. DISPOSIÇÃO FINAL.....	32

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE DO SEGURO PRESTAMISTA..... 33

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	33
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	34
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	34
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	34
5. CAPITALS SEGURADOS.....	34

6. PRÊMIO	34
7. CARÊNCIA	34
8. FRANQUIA	35
9. CESSAÇÃO DA COBERTURA	35
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	35
11. PERÍCIA MÉDICA	36
12. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA	36
13. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	36
14. BENEFICIÁRIOS	36
15. DISPOSIÇÃO FINAL	36

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA DO SEGURO PRESTAMISTA37

1. OBJETIVO DA COBERTURA	37
2. RISCOS EXCLUÍDOS	38
3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	38
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	38
5. CAPITAIS SEGURADOS	38
6. PRÊMIO	38
7. CARÊNCIA	39
8. FRANQUIA	39
9. CESSAÇÃO DA COBERTURA	39
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	39
11. PERÍCIA MÉDICA	40
12. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA	40
13. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	40
14. BENEFICIÁRIOS	40
15. DISPOSIÇÃO FINAL	40

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURO PRESTAMISTA.....41

1. OBJETIVO DA COBERTURA	41
2. RISCOS EXCLUÍDOS	41
3. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	42
4. CAPITAL SEGURADO	42
5. PRÊMIO	42
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA	42
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	42
8. DISPOSIÇÃO FINAL	43

CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO44

OUVIDOR45

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo, garantir o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários ou a instituição credora, definidos nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, caso ocorra algum dos eventos nele previstos e desde que o evento não se enquadre como “risco excluído” constantes destas condições.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Aceitação:** ato de admissão, pela seguradora, de proposta de adesão apresentada pelo segurado para a cobertura do risco coberto.

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

2.2.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.2.2. **Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:**

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

- 2.3. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

- 2.4. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

- 2.5. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

- 2.6. **Carência:** período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados.

- 2.7. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado e emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas contratadas.

- 2.8. Cobertura:** compromisso da seguradora com o pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.
- 2.9. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.10. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.11. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.
- 2.12. Contrato:** 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 do(s) beneficiário(s).
- 2.13. Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica ou motora, ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas consequências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.
- 2.14. 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, sendo identificada como estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.15. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 2.16. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.17. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.18. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.19. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada.
- 2.20. Instituição Credora:** pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas nas condições contratuais da apólice.
- 2.21. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.22. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.23. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.24. Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.25. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.26. Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.
- 2.27. Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.28. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir ao seguro, manifestando o pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.29. Proposta de Contratação:** documento legal pelo qual o estipulante solicita a sua inclusão no Seguro de Acidentes Pessoais, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro.
- 2.30. Reabilitação do Seguro:** o restabelecimento das garantias contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.
- 2.31. Riscos Excluídos:** os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

- 2.32. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.33. Seguradora:** pessoa jurídica legalmente constituída, autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil, e que recebendo o prêmio, assume o risco de indenizar o segurado ou beneficiário, em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro.
- 2.34. Seguro Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio total para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.35. Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURA BÁSICA

3.1.1. MORTE

3.1.1.1. Desde que contratada a cobertura de morte, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, ou instituição credora, definidos nas condições contratuais, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nestas condições gerais. **É obrigatória a contratação da cobertura básica para a contratação de coberturas adicionais.**

3.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.1. Este seguro pode contemplar coberturas adicionais a seguir mencionadas, que terão condições especiais e serão descritas no certificado individual, se contratadas:

3.2.1.1. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE: Desde que contratada a cobertura de invalidez permanente total por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou a instituição credora, definidos nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais da apólice.

3.2.1.2. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (antecipação da cobertura de morte): Desde que contratada a cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença, o seu objetivo é o **pagamento antecipado de uma indenização** que possibilite aos beneficiários, ou a instituição credora, definidos nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença, durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais da apólice.

3.2.1.3. PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO: Desde que contratada a cobertura de perda de renda por desemprego involuntário, o seu objetivo é garantir o pagamento de uma indenização que possibilite ao segurado, o pagamento das parcelas de amortização da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por desemprego involuntário, durante a vigência do contrato de seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais da apólice.

3.2.1.4. PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE: Garante o pagamento de uma indenização que possibilite ao segurado, o pagamento das parcelas de amortização da dívida ou compromisso financeiro contraído, na forma estabelecida no contrato de seguro, até o limite de diárias contratadas, conforme condições contratuais, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente, durante a vigência do contrato de seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais da apólice.

3.2.1.5. PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA: Garante o pagamento de uma indenização que possibilite ao segurado, o pagamento das parcelas de amortização da dívida ou compromisso financeiro contraído, na forma estabelecida no contrato de seguro, até o limite de diárias contratadas, conforme condições contratuais, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, durante a vigência do contrato de seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais da apólice.

3.2.1.6. MORTE ACIDENTAL: Desde que contratada a cobertura de morte acidental, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao(s) beneficiário(s), à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, ou instituição credora, definidos nas condições contratuais, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, em caso de falecimento do segurado, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais da apólice.

3.2.1.6.1. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte do segurado.

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

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Não haverá garantia de indenização por qualquer das coberturas deste seguro, se o evento resultar de risco excluído previsto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda de direito à indenização referidas no item 23 – PERDA DE DIREITOS, ou na legislação ou regulamentação em vigor.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Sem prejuízo do disposto no parágrafo primeiro deste item, também não haverá garantia de indenização por determinada cobertura contratada, se o evento resultar de risco excluído previsto nas respectivas condições especiais, ou se ocorrer das hipóteses de perda do direito ali consignadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estarão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;
- d) suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 02 (dois) anos de vigência individual;
- e) doenças preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão na data de sua assinatura;
- f) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;
- g) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- h) intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- i) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- j) dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
- k) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- l) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;
- m) competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício de prática de esportes; e

n) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada.

4.2. Adicionalmente aos eventos previstos no item 4.1, serão considerados também os riscos excluídos de cada cobertura.

4.3. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. As coberturas de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5.2. As coberturas de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente, Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença e Perda de Renda por Desemprego Involuntário aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

6. GRUPO SEGURÁVEL

6.1. São consideradas seguráveis as pessoas físicas, que convencionaram pagar as prestações ao estipulante para amortizar a dívida contraída, ou para atender ao compromisso financeiro assumido por contrato de adesão.

6.2. Quando o adquirente da dívida ou compromisso for pessoa jurídica, todos os sócios, pessoas físicas, figurarão como seguráveis com o capital segurado proporcional a participação acionária de cada um na empresa, conforme contrato social, desde que estejam em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde, e tenham idade máxima conforme estabelecido no contrato de seguro.

6.3. A pessoa jurídica, adquirente de cota de financiamento, desde que se manifeste expressamente, poderá determinar por ocasião da contratação do seguro que o segurado será o sócio majoritário da empresa, desde que observados os critérios de aceitação definidos no subitem 6.2.

6.3.1. Quando houver participação igualitária entre os sócios, prevalecerá o sócio mais velho desde que esteja em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde, e tenha idade máxima conforme estabelecido no contrato, na data de adesão ao seguro. No caso de haver coincidência entre datas de nascimento dos sócios será considerado aquele definido pelo segurado.

6.3.1.1. Caso o sócio mais velho não cumpra com as condições de aceitação, considerar-se-á o 1º (primeiro) sócio subsequente mais velho e assim sucessivamente.

6.4. No caso de não aceitação de um dos sócios no seguro em decorrência do disposto no item 10 – ACEITAÇÃO DO SEGURO prevalecerá o valor das cotas dos demais sócios para a contratação do seguro, desconsiderando o valor da dívida do sócio não aceito na contratação do capital segurado.

7. INCLUSÃO DO SEGURADO

7.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde, podendo ser compulsória ou facultativa, observado o disposto no item 6 – GRUPO SEGURÁVEL.

7.2. Não serão aceitos proponentes cuja idade inicial, somada ao prazo de duração de financiamento da dívida assumida superar o limite de idade estabelecido no contrato de seguro.

7.3. É facultada à seguradora a solicitação, a qualquer tempo, de apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessário.

8. CARÊNCIA

8.1. Poderá ser aplicada uma carência de até 180 (cento e oitenta) dias, e não poderá exceder metade do prazo de vigência prevista pelo certificado, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando a referida carência corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de início de vigência do respectivo risco individual, ou de sua recondução depois de suspenso.

8.2. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

8.3. A carência, observado o disposto no subitem 8.1 quando houver, será determinada no contrato de seguro.

8.4. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência individual.

8.5. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

PARÁGRAFO ÚNICO: Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais todos os prazos de carência mencionados nos itens acima não serão aplicados, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando a referida carência corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

9. FRANQUIA

9.1. Para as coberturas de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente e Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença, poderá ser aplicada uma franquia de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da ocorrência do evento coberto.

9.2. Para a cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário a franquia poderá ser de, no máximo, 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais da apólice.

10. ACEITAÇÃO DO SEGURO

10.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura do proponente ou seu representante legal e o preenchimento completo da proposta de adesão, onde declara ter conhecimento prévio da integral das condições gerais, e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

10.2. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

10.2.1. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este período. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

10.2.2. Caso a seguradora tenha recebido valor como adiantamento de prêmio, haverá cobertura do seguro até a data da formalização da recusa da proposta.

10.2.3. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

10.2.4. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. 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), pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.

10.2.5. Na falta, extinção ou proibição do índice definido, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas).

10.3. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

10.3.1. Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam as seguintes condições:

- a) estar em condições normais de saúde;
- b) estar em plena atividade laborativa e funcional;
- c) não ter idade superior ao estabelecido no contrato, na data de sua inclusão no seguro;
- d) não serão aceitos aposentados que não sejam por tempo de serviço.

10.3.2. O segurado deverá declarar à seguradora toda e qualquer lesão ou doença preexistente no ato da contratação do seguro ou quando tiver conhecimento da mesma, sob pena de perder o direito às coberturas contratadas.

10.4. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor, agente captador do seguro ou ao estipulante, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

10.5. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

10.6. O segurado obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado.

10.7. Caso não seja efetuado o pagamento ou o repasse da 1ª (primeira) parcela do prêmio, a contratação da apólice não será efetivada e a seguradora não estará obrigada a garantir o risco coberto.

11. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 11.1.** A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, terá início às 24 (vinte quatro) horas da **data da assinatura** da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita pela seguradora.
- 11.2.** A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá início a partir das 24 (vinte quatro) horas da **data da recepção** da proposta de adesão pela seguradora, desde que tenha sido aceita pela seguradora.
- 11.3.** Para os seguros onde a forma de pagamento do prêmio for à vista a vigência terá início às 24 (vinte quatro) horas da **data da recepção** da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita pela seguradora.
- 11.4.** O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.
- 11.5.** A vigência individual será renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, conforme o período de vigência e renovação da apólice disposto no item 12 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.
- 11.6.** Em caso de desinteresse em renovar o seguro, o segurado deverá comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade ao estipulante, para que este comunique a seguradora.
- 11.7.** Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 12.1.** A vigência da apólice poderá ser anual ou plurianual, conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade. A renovação automática não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos.
- 12.2.** A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.
- 12.3.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados, que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 12.4.** Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 12.4.1.** A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 12.5.** No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

13. CAPITAIS SEGURADOS

- 13.1.** O capital segurado corresponderá ao valor inicial da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil contratado pelo segurado, ou saldo devedor, e corresponderá ao valor máximo da indenização devido em decorrência de evento coberto, critério este que será determinado no contrato, podendo ser:
- Constante durante toda a vigência do contrato do seguro e limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso; e
 - Variável–igual ao saldo devedor.
- 13.1.1.** Para as coberturas de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente e Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença a definição do capital segurado estará descrito nas condições especiais destas coberturas e seus valores segurados deverão ser definidos nas condições contratuais da apólice.
- 13.2.** Os valores de capitais segurados serão determinados conforme condições contratuais acordadas entre as partes, não ultrapassando o limite de aceitação da seguradora.
- 13.2.1.** A aceitação, pela seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

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

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

14.1. O capital segurado e por consequência o respectivo prêmio, poderão ser atualizados na mesma proporção do valor da dívida ou compromisso financeiro assumido, de acordo com a opção escolhida no item 13 – CAPITAIS SEGURADOS, mediante acordo entre as partes, conforme segue:

14.1.1. Capital Constante

14.1.1.1. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário da apólice.

14.1.1.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

14.1.1.3. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

14.1.1.4. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, deverá ser previsto que os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

14.1.2. Saldo Devedor

14.1.2.1. **No caso de pagamento do seguro à vista**, os capitais segurados correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário da apólice.

14.1.2.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

14.1.2.3. **No caso de pagamento do seguro mensal, bimestral, trimestral ou semestral**, os capitais e os prêmios mensais serão recalculados mensalmente com base no saldo devedor existente no período e a taxa constante nas condições contratuais.

15. CUSTEIO DO SEGURO

15.1. Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante do contrato o custeio pode ser:

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

b) **Contributário:** é o seguro em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente. Neste tipo de seguro serão incluídos na apólice, somente os componentes do grupo segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro através da proposta de adesão, desde que tenham sido aceitos pela seguradora.

15.2. **Seja qual for a modalidade do custeio, o estipulante sempre será responsável pelo recolhimento e pela quitação dos prêmios devidos.**

16. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO

16.1. Os prêmios para o custeio deste seguro serão determinados pela aplicação das taxas especificadas nas condições contratuais para cada cobertura, e serão aplicados aos respectivos capitais segurados.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais, e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.

17.1.1. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

17.1.2. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia subsequente em que houver expediente bancário.

17.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

- 17.3.** 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.
- 17.4.** Mensalmente, até a data convencionada nas condições contratuais da apólice, o estipulante deverá enviar à seguradora uma listagem ou qualquer outro meio magnético com as informações necessárias para o cálculo do prêmio, incluindo-se nome, sexo, CPF, data de nascimento, data de inclusão, prazo de financiamento e valor do capital segurado. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado, a inclusão será feita no mês subsequente, sendo o faturamento feito com base no mês anterior.
- 17.5.** De posse desses dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento conforme o total do prêmio devido especificado nas condições contratuais.
- 17.6.** Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 20 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 21 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais.
- 17.6.1.** 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.
- 17.6.2.** Entretanto, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da seguradora, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.
- 17.6.3.** 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.
- 17.7.** Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 18 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.
- 17.8. No caso de pagamento à vista do prêmio do seguro pelo prazo de financiamento, ocorrendo a quitação antecipada do contrato ou o refinanciamento da dívida, com o seguro ainda vigente, a seguradora precederá com a devolução do prêmio ajustado.**

18. REAVALIAÇÃO DE TAXA

- 18.1.** Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e taxas do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme condições contratuais e legislação vigente.
- 18.2.** Em caso de alteração de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 18.3.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

19. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

- 19.1.** Observada o item cessação de cada condição especial, a cobertura individual de cada segurado também cessará:
- Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
 - Quando o segurado solicitar por escrito ao estipulante sua exclusão da apólice, para que o mesmo comunique à seguradora;
 - Quando o segurado e/ou estipulante deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
 - Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
 - Com o cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
 - Com a quitação da dívida ou o compromisso financeiro; e
 - Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 23 – PERDA DE DIREITOS.

20. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

- 20.1.** Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura/parcela, a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de inadimplência não terão cobertura.
- 20.2.** A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura/parcela, sendo vedada a cobrança de prêmios pelo período de suspensão.

20.3. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 20 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido retomado o pagamento do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

21.2. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar ao estipulante solicitação de próprio punho devidamente assinada, para que o mesmo encaminhe à seguradora. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

21.3. A apólice poderá ser cancelada:

- Por solicitação escrita do estipulante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- A qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, e no caso de seguro coletivo, com a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

21.4. No caso de resilição 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 sociedade 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 resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para a obtenção de prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para a obtenção de 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

21.4.1. Para prazos não previstos na tabela acima, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento ou através do estipulante.

22.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo(s) beneficiário(s) os documentos básicos elencados nas condições especiais da(s) respectiva(s) cobertura(s) contratada(s), bem como esclarecer todas as circunstâncias ao sinistro relacionado.

- 22.3.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 22.4.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 22.4.1.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis, desde a data do evento, até a data do efetivo pagamento, que deverá ser feito de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato, independentemente de notificação ou interpelação judicial.
- 22.4.2.** Na falta, extinção ou proibição do índice definido, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas).
- 22.5.** O valor a ser indenizado será igual ao valor do capital segurado contratado, pago sob a forma de parcela única, para cada cobertura vigente na data do evento, conforme condições contratuais da apólice.
- 22.6. Os documentos básicos necessários para a liquidação do sinistro em caso de morte, são os seguintes:**
- 22.6.1. Em caso de Morte:**
- **comunicado de sinistro com informações gerais (preenchidos todos os itens);**
 - **Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);**
 - **cópia do RG/RNE e CPF do segurado;**
 - **comprovante de residência do segurado;**
 - **cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário, quando for o caso;**
 - **comprovante de residência do beneficiário, quando for o caso;**
 - **formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;**
 - **Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);**
 - **CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);**
 - **Laudo Necroscópio do IML (em caso de acidente);**
 - **CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho);**
 - **contrato do financiamento; e**
 - **extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo segurado junto ao estipulante.**
- 22.7.** Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais da apólice, deverá comunicar o fato ao segurado e/ou ao(s) beneficiário(s) por escrito no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.
- 22.8.** Em caso de dúvida fundada e justificável, será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo esta inclusive solicitar os documentos, informações ou esclarecimentos complementares que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo beneficiário.**
- 22.9.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de **junta médica**.
- 22.10.** Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 22.11.** 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.
- 22.12.** As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, do corretor ou agente captador do seguro.

22.13. Na regulação e liquidação do sinistro também deverão ser observados os procedimentos específicos para cada cobertura contratada, previstos nas respectivas condições especiais.

23. PERDA DE DIREITOS

23.1. O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- inexatidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;
- não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
- se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante utilizar de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
- agravamento intencional do risco;
- se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de arcar o segurado com o pagamento do prêmio vencido;
- fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
- solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado e/ou pelo estipulante; e
- dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.

23.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

23.3. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.

23.4. Entende-se como “agravação do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.

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

23.6. O não fornecimento da documentação solicitada para cada cobertura contratada implica na suspensão do direito à indenização.

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

24. BENEFICIÁRIOS

24.1. O primeiro beneficiário do seguro será o estipulante, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso financeiro, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, quando for o caso, ser paga a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

25. SUB-ROGAÇÃO

25.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

26.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e consequente emissão de faturas;
- b) manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nestas condições gerais;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
- e) pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- g) indicar o nome da seguradora nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- j) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) cumprir todas as cláusulas descritas nestas condições gerais.

27. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

27.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:

- a) pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando, a partir do dia útil subsequente a sua entrega a contagem do prazo para regulação do sinistro;
- b) informar por escrito ao segurado o não-pagamento da fatura por parte do estipulante;
- c) emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante;
- d) cumprir todas as cláusulas descritas nestas condições gerais.

28. DISPOSIÇÕES FINAIS

28.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

28.2. Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei.

28.3. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

28.4. Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição, sendo assim não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados, ao beneficiário ou ao estipulante.

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

28.6. Neste seguro não haverá direito a qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

- 28.7.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 28.8.** 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.
- 28.9.** O seguro de que trata estas condições gerais será 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.
- 28.10.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 28.11.** A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

29. FORO

- 29.1.** Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DO SEGURO PRESTAMISTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Desde que contratada a cobertura de invalidez permanente total por acidente, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou a instituição credora, definidos nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais da apólice.
- 1.2. Entende-se por Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membros ou órgãos por lesão física do segurado, comprovadas através de declaração médica de profissional habilitado e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.3. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico.
 - 1.3.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:
 - a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
 - c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.
 - 1.3.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:
 - a) as doenças, inclusive as profissionais, pandemias ou epidemias, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
 - c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.
- 1.4. Para efeito desta cobertura, entende-se como “Invalidez Permanente Total por Acidente”, os eventos que resultem em sequelas classificadas na tabela abaixo:

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

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE 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 do uso de ambos os pés	
Alienação mental total e incurável	
Nefrectomia bilateral	

- 1.5. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):
- quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;
 - viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
 - os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
 - os acidentes médicos;
 - perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos;
 - as lesões classificadas como: DORT–Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER–Lesão por Esforços Repetitivos, Problemas Auditivos e outros;
 - envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores; e
 - perda de dentes ou danos estéticos.

3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

- 3.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 3.2. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas a comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

3.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

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

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

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no contrato do seguro.

4.2. Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no contrato de seguro.

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

6. PRÊMIO

6.1. O prêmio correspondente a garantia de que trata esta condição especial, se contratada, deverá estar especificado nas condições contratuais da apólice.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- com o pagamento da indenização em decorrência de sinistro coberto; e
- quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em caso de sinistro coberto por esta condição especial, o segurado ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento ou através do estipulante.

8.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

8.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

8.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, a indenização será atualizada pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

8.3.2. Na falta, extinção ou proibição do índice definido, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas).

8.4. O valor a ser indenizado será igual ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura vigente na data do evento, conforme condições contratuais da apólice.

8.5. Os documentos básicos necessários para a liquidação do sinistro, são os seguintes:

- **comunicado de sinistro com informações gerais (preenchidos todos os itens);**

- cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual;
- CNH, em caso de acidente onde o segurado seja o condutor do veículo;
- contrato do financiamento; e
- extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo segurado junto ao estipulante.

8.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais da apólice, deverá comunicar o fato ao segurado por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

8.7. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente a data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

8.8. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao segurado ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, do corretor ou agente captador do seguro.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

- 9.1. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante no item 1.4 desta condição especial, serão pagos com base em literatura mundial.
- 9.2. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais do seguro prestamista e nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DO SEGURO PRESTAMISTA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1. Desde que contratada a cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença, o seu objetivo é o **pagamento antecipado de uma indenização** que possibilite aos beneficiários, ou a instituição credora, definidos nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – RISCOS COBERTOS – desta condição, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais da apólice.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. **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.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** procedimento técnico–profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave.
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** peso e a altura do segurado.
- 2.12. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.13. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.14. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.15. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.16. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.17. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.
- 2.19. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.20. **Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.21. **Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.22. **Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.23. **Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.24. **Hígido:** saudável.

- 2.25. Médico-Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.26. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.27. Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.28. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.29. Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.30. Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.31. Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.
- 2.32. Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.33. Transferência Corporal:** capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.
- PARÁGRAFO ÚNICO:** As definições utilizadas no item 2 – DEFINIÇÕES, das condições gerais do segurado prestamista, aplicam-se também a esta condição especial.

3. DA COBERTURA

- 3.1.** A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1.** Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
- doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - 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 (consumpção), 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 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 de doença:**
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 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°; ou
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - 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
 - os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

- 4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – **Anexo**, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 4.3. O IAIF–Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
- 4.4. 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.
- 4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.
- 4.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. **Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:**
 - 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 agravadas por traumatismos.**

6. CARÊNCIA

- 6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato de seguro.
- 6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato de seguro.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 8.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no contrato do seguro.
- 8.2. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no contrato de seguro.
- 9.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.
- 9.3. **Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**

10. PRÊMIO

- 10.1. O prêmio correspondente a garantia de que trata esta condição especial, se contratada, deverá estar especificado nas condições contratuais da apólice.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 11.1. Esta cobertura cessará:
 - a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;

- com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- com o pagamento da indenização em decorrência de sinistro coberto; e
- quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 12.1.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.
- 12.2.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por 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.
- 12.3.** Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e por si, o segurado deverá comunicar à seguradora por meio da Central de Atendimento ou através do estipulante, suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- 12.4.** Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 12.5.** Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS.
- 12.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados os seguintes documentos:**
- a) cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;**
 - b) formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente, quando houver saldo do capital segurado;**
 - c) 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.**
 - d) 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;**
 - e) contrato do financiamento; e**
 - f) extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo segurado junto ao estipulante.**
- 12.7.** Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.
- 12.7.1.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, a indenização será atualizada pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 12.7.2.** Na falta, extinção ou proibição do índice definido, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas).
- 12.8.** Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente a data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 12.9.** As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao segurado ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, do corretor ou agente captador do seguro.
- 12.10.** O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

12.11. O valor a ser indenizado será igual ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura vigente na data do evento, conforme condições contratuais da apólice, pago em parcela única.

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

13.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

13.2. 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.

14. PERÍCIA MÉDICA

14.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

14.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

15. JUNTA MÉDICA

15.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

15.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

15.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

15.4. 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.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

16.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

17. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

17.1. 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.

18. DISPOSIÇÃO FINAL

18.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais do seguro prestamista e nas condições contratuais da apólice.

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 SEGURADO	1º GRAU: O segurado apresenta-se hígido; Capaz de livre movimentação; Não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou auxílio técnico?	20

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
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 sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO DO SEGURO PRESTAMISTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Garante o pagamento de uma indenização que possibilite ao segurado, o pagamento das parcelas de amortização da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o segurado venha a perder sua renda por desemprego involuntário, durante a vigência do contrato de seguro, observados as condições a seguir enumeradas.
- 1.2. **Perda de Renda por Desemprego Involuntário:** Como “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
- 1.3. **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas que comprovarem possuir vínculo com o estipulante, com idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais, exigências estas que deverão ser comprovadas na data do evento.
- 1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:
 - a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
 - b) demissão por justa causa do trabalhador segurado;
 - c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
 - d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
 - e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
 - f) falência;
 - g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e
 - h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador.
- 2.1.1. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 3.1. A cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no contrato do seguro.

5. CAPITAIS SEGURADOS

- 5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês que o segurado permanecer desempregado, sendo que o valor e a quantidade das parcelas de amortização do financiamento a serem indenizadas, deverão ser especificados nas condições contratuais da apólice.

6. PRÊMIO

- 6.1. O prêmio correspondente a garantia de que trata esta condição especial, se contratada, deverá estar especificado nas condições contratuais da apólice.

7. CARÊNCIA

- 7.1. A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos e será especificada nas condições contratuais da apólice.

7.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

7.3. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

8. FRANQUIA

8.1. A franquia poderá ser de no máximo 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais da apólice.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- com o esgotamento dos limites máximos de indenização, prevista nas condições contratuais da apólice;
- quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- quando for indenizado o capital segurado previsto para esta cobertura.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro coberto por esta condição especial, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento ou através do estipulante, e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora contendo no mínimo nome completo do segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG/RNE), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos relacionados abaixo:

- **cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco e página anterior;**
- **para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquia, estabelecido no contrato, da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia;**
- **cópia do Comunicado de Dispensa, emitido pelo RH da empresa empregadora do segurado sinistrado;**
- **cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias;**
- **comprovante de residência do segurado;**
- **formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente, quando for o caso;**
- **contrato do financiamento; e**
- **extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo segurado junto ao estipulante.**

10.2. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

10.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

10.4. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

10.4.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, a indenização será atualizada pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

10.4.2. Na falta, extinção ou proibição do índice definido, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas).

10.5. O valor a ser indenizado será igual ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura vigente na data do evento, conforme condições contratuais da apólice.

- 10.6.** Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 10.7.** As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, do corretor ou agente captador do seguro.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 11.1.** O segurado poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Desemprego Involuntário para o pagamento de outro compromisso financeiro para um mesmo estipulante.
- 11.2.** No entanto, o somatório dos capitais segurados contratados em um ou mais certificados não poderá exceder a renda mensal do segurado. Caso essa condição não seja observada o capital máximo a ser indenizado será o valor da renda mensal devidamente comprovada pelo segurado.
- 11.2.1.** Caso seja do interesse da seguradora, poderá ser exigido, quando da contratação ou renovação do seguro, comprovante de renda para determinação do capital segurado, mas, em hipótese alguma, poderá haver pagamento reduzido do capital segurado.

12. BENEFICIÁRIOS

- 12.1.** No seguro de Perda de Renda por Desemprego Involuntário cujo objeto de indenização é o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o beneficiário será a pessoa jurídica, cedente/gerador do compromisso financeiro ou serviço, e no caso de saldo remanescente será o próprio segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais da apólice.

13. DISPOSIÇÃO FINAL

- 13.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais do seguro prestamista e nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE DO SEGURO PRESTAMISTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Garante o pagamento de uma indenização que possibilite ao segurado, o pagamento das parcelas de amortização da dívida ou compromisso financeiro contraído, na forma estabelecida no contrato de seguro, até o limite de diárias contratadas, conforme condições contratuais, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente, durante a vigência do contrato de seguro, observada as condições a seguir enumeradas.
- 1.2. O capital segurado contratado deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação ou na renovação do seguro para determinação do capital segurado, mas, em hipótese alguma, poderá haver pagamento reduzido do capital segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.
- 1.3. Se o capital segurado contratado for superior a renda mensal informada pelo segurado na proposta de adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada comprovada pelo segurado, mas se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de adesão, o segurado perderá o direito à indenização com base no Código Civil Brasileiro.
- 1.4. A cobertura de que trata esta condição especial garante no máximo 2 (dois) eventos durante cada vigência anual do seguro, sendo que o período máximo de afastamento não poderá ser superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por vigência.
- 1.5. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer sua atividade remunerativa habitual ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.
- 1.6. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência a incapacidade física temporária por acidente.
 - 1.6.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:
 - a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
 - c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.
 - 1.6.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:
 - a) as doenças, inclusive as profissionais, pandemias ou epidemias, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
 - c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.
- 1.7. **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 10—LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, subitem 10.1

desta condição especial) que comprovarem possuir vínculo com o estipulante, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

- 1.8.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;
- d) hospitalização para a realização de exames de rotina;
- e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
- k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

2.1.1. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

3.1. A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1. O início e término de vigência desta cobertura será o de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no contrato do seguro.

5. CAPITAIS SEGURADOS

5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga, durante o período em que o segurado permanecer incapaz, e deverá ser especificado nas condições contratuais da apólice.

6. PRÊMIO

6.1. O prêmio correspondente a garantia de que trata esta condição especial, se contratada, deverá estar especificado nas condições contratuais da apólice.

7. CARÊNCIA

7.1. A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos e será especificada nas condições contratuais da apólice.

7.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.

7.3. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

8. FRANQUIA

8.1. A franquia poderá ser de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais da apólice.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- com o esgotamento dos limites máximos de indenização, prevista nas condições contratuais da apólice;
- quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- quando for indenizado o capital segurado previsto para esta cobertura.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro coberto por esta condição especial, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento ou através do estipulante, e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora, contendo no mínimo nome completo do segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG/RNE), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos relacionados abaixo:

- **relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;**
- **exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);**
- **cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:**
- **última declaração do Imposto de Renda;**
- **recibo de pagamento autônomo;**
- **carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;**
- **comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou**
- **inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;**
- **cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando aplicável;**
- **CNH, em caso de acidente onde o segurado seja o condutor do veículo;**
- **comprovante de residência do segurado;**
- **formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente, quando for o caso;**
- **Contrato do financiamento; e**
- **extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo segurado junto ao estipulante.**

10.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

10.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

10.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, a indenização será atualizada pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

10.3.2. Na falta, extinção ou proibição do índice definido, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas).

- 10.4. O valor a ser indenizado será igual ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, conforme condições contratuais da apólice.
- 10.5. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para a liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 10.6. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, do corretor ou do agente captador do seguro.

11. PERÍCIA MÉDICA

- 11.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 11.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

12. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

- 12.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempatedor, escolhido de comum acordo pelos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 12.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatedor, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.
- 12.2.1. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo segurado.

13. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 13.1. O segurado poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente para o pagamento de outro compromisso financeiro para um mesmo estipulante.
- 13.2. No entanto, o somatório dos capitais segurados contratados em um ou mais certificados não poderá exceder a renda mensal do segurado. Caso essa condição não seja observada o capital máximo a ser indenizado será o valor da renda mensal devidamente comprovada pelo segurado.
- 13.2.1. Caso seja do interesse da seguradora, poderá ser exigido, quando da contratação ou renovação do seguro, comprovante de renda para determinação do capital segurado, mas, em hipótese alguma, poderá haver pagamento reduzido do capital segurado.

14. BENEFICIÁRIOS

- 14.1. **No seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente cujo objeto de indenização é o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o beneficiário será a pessoa jurídica, cedente/gerador do compromisso financeiro ou serviço, e no caso de saldo remanescente será o próprio segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais da apólice.**

15. DISPOSIÇÃO FINAL

- 15.1. **Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença.**
- 15.2. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais do seguro prestamista e nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA DO SEGURO PRESTAMISTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Garante o pagamento de uma indenização que possibilite ao segurado, o pagamento das parcelas de amortização da dívida ou compromisso financeiro contraído, na forma estabelecida no contrato de seguro, até o limite de diárias contratadas, conforme condições contratuais, caso o segurado venha a perder sua renda por incapacidade física temporária por acidente ou doença, durante a vigência do contrato de seguro, observada as condições a seguir enumeradas.
- 1.2. O capital segurado contratado deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação ou na renovação do seguro para determinação do capital segurado, mas, em hipótese alguma, poderá haver pagamento reduzido do capital segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.
- 1.3. Se o capital segurado contratado for superior a renda mensal informada pelo segurado na proposta de adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada comprovada pelo segurado, mas se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de adesão, o segurado perderá o direito à indenização com base no Código Civil Brasileiro.
- 1.4. A cobertura de que trata esta condição especial garante no máximo 2 (dois) eventos durante cada vigência anual do seguro, sendo que o período máximo de afastamento não poderá ser superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por vigência.
- 1.5. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer sua atividade remunerativa habitual ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.
- 1.6. Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência a incapacidade física temporária por acidente ou doença.
 - 1.6.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:
 - a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
 - c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.
 - 1.6.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:
 - a) as doenças, inclusive as profissionais, pandemias ou epidemias, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
 - c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.

- 1.7. Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 10—LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, subitem 10.1 desta condição especial) que comprovarem possuir vínculo com o estipulante, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.
- 1.8.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data da incapacidade do segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os eventos ocorridos em consequência de:

- a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;
- d) hospitalização para a realização de exames de rotina;
- e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
- k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

2.1.1. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

3.1. A cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no contrato do seguro.

5. CAPITAIS SEGURADOS

5.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga, durante o período em que o segurado permanecer incapaz, e deverá ser especificado nas condições contratuais da apólice, não podendo em nenhuma hipótese ser superior a renda mensal do segurado.

6. PRÊMIO

6.1. O prêmio correspondente a garantia de que trata esta condição especial, se contratada, deverá estar especificado nas condições contratuais da apólice.

7. CARÊNCIA

- 7.1. A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos e será especificada nas condições contratuais da apólice.
- 7.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro.
- 7.3. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

8. FRANQUIA

- 8.1. A franquia poderá ser de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais da apólice.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 9.1. Esta cobertura cessará:
 - simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
 - a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
 - com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
 - com o esgotamento dos limites máximos de indenização, prevista nas condições contratuais da apólice;
 - quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
 - quando for indenizado o capital segurado previsto para esta cobertura.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. Em caso de sinistro coberto por esta condição especial, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento ou através do estipulante, e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora, contendo no mínimo nome completo do segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG/RNE), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos relacionados abaixo:
 - **relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;**
 - **exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);**
 - **cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:**
 - **última declaração do Imposto de Renda;**
 - **recibo de pagamento autônomo;**
 - **carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;**
 - **comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou**
 - **inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;**
 - **cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando aplicável;**
 - **CNH, em caso de acidente onde o segurado seja o condutor do veículo;**
 - **comprovante de residência do segurado;**
 - **formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente, quando for o caso;**
 - **contrato do financiamento; e**
 - **extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo segurado junto ao estipulante.**
- 10.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 10.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

10.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, a indenização será atualizada pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

10.3.2. Na falta, extinção ou proibição do índice definido, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas).

10.4. O valor a ser indenizado será igual ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, conforme condições contratuais da apólice.

10.5. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

10.6. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, do corretor ou agente captador do seguro.

11. PERÍCIA MÉDICA

11.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

11.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

12. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

12.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

12.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

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

13. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

13.1. O segurado poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença para o pagamento de outro compromisso financeiro para um mesmo estipulante.

13.2. No entanto, o somatório dos capitais segurados contratados em um ou mais certificados não poderá exceder a renda mensal do segurado. Caso essa condição não seja observada o capital máximo a ser indenizado será o valor da renda mensal devidamente comprovada pelo segurado.

13.2.1. Caso seja do interesse da seguradora, poderá ser exigido, quando da contratação ou renovação do seguro, comprovante de renda para determinação do capital segurado, mas, em hipótese alguma, poderá haver pagamento reduzido do capital segurado.

14. BENEFICIÁRIOS

14.1. No seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença cujo objeto de indenização é o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o beneficiário será a pessoa jurídica, cedente/gerador do compromisso financeiro ou serviço, e no caso de saldo remanescente será o próprio segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais da apólice.

15. DISPOSIÇÃO FINAL

15.1. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente.

15.2. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais do seguro prestamista e nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURO PRESTAMISTA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 1.1.** Desde que contratada a cobertura de morte acidental, o seu objetivo é o pagamento de uma indenização que possibilite ao(s) beneficiário(s), à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, ou instituição credora, definidos nas condições contratuais, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, em caso de falecimento do segurado, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais da apólice.
- 1.2.** Para efeito desta cobertura, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte do segurado.
- 1.2.1.** Incluem-se, ainda, neste conceito:
- a)** o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - b)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
 - c)** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d)** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.
- 1.2.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:**
- a)** as doenças, inclusive as profissionais, pandemias ou epidemias, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b)** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
 - c)** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - d)** as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.
- 1.3.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, nas condições gerais do seguro prestamista, estarão também excluídos da Cobertura de Morte Acidental:**
- a)** quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - b)** contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;
 - c)** a prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem, exceto se provier da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou da utilização de meio de transporte mais arriscado; e
 - d)** viagens em aeronaves ou embarcações:

- que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
- que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
- dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

3. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 3.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais do seguro prestamista e no contrato do seguro.
- 3.2. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no contrato do seguro.
- 4.2. **Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**

5. PRÊMIO

- 5.1. O prêmio correspondente a garantia de que trata esta condição especial, se contratada, deverá estar especificado nas condições contratuais da apólice.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 6.1. Esta cobertura cessará:
- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação da apólice à qual está vinculada;
 - a pedido do estipulante do seguro, decorrente da não renovação, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
 - com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante;
 - com o pagamento da indenização em decorrência de sinistro coberto; e
 - quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Em caso de sinistro coberto por esta condição especial, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento ou através do estipulante.
- 7.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 7.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 7.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, a indenização será atualizada pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 7.3.2. Na falta, extinção ou proibição do índice definido, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas).
- 7.4. O valor a ser indenizado será igual ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura vigente na data do evento, conforme condições contratuais da apólice.
- 7.5. **Os documentos básicos necessários para a liquidação de sinistro, são os seguintes:**
- comunicado de sinistro com informações gerais (preenchidos todos os itens);
 - Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
 - cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
 - comprovante de residência do segurado;
 - cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário, quando for o caso;
 - comprovante de residência do beneficiário, quando for o caso;
 - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
 - Boletim de Ocorrência Policial;

- CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
- Laudo Necroscópico do IML;
- contrato do financiamento; e
- extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo segurado junto ao estipulante.

7.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais da apólice, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

7.7. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

7.8. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, do corretor ou agente captador do seguro.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições gerais do seguro prestamista e nas condições contratuais da apólice.

CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO

Observados as condições estabelecidas nas condições contratuais, a apuração do excedente técnico da apólice a ser implantada será realizada de forma anual, pagando lucro para o estipulante em caso de resultado positivo.

A apuração do excedente técnico será efetuada de acordo com o seguinte clausulado:

1. O resultado técnico da apólice será apurado conforme os critérios mínimos abaixo:
 - a) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se “receitas”:
 - **os prêmios de competência correspondentes ao período de apuração e efetivamente pagos, líquidos de IOF;**
 - **o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.**
 - b) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se “despesas”:
 - **as comissões de corretagem pagas durante o período da apuração;**
 - **as comissões de agenciamento pagas durante o período da apuração;**
 - **as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período da apuração;**
 - **os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;**
 - **o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se de uma vez os sinistros com pagamento parcelado;**
 - **alteração dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;**
 - **a reserva de IBNR, apurada conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma;**
 - **o valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;**
 - **os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;**
 - **as despesas efetivas de administração da seguradora de acordo com o estabelecido no contrato;**
 - **as despesas com resseguro, se houver; e**
 - **outras despesas extraordinárias.**
2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
 - **o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;**
 - **o aviso à seguradora, para sinistros;**
 - **a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;**
 - **as datas em que incorreram, para as despesas de administração; e**
 - **outras datas estabelecidas na cláusula de excedente técnico.**
3. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.
4. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
5. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico.
6. No caso de cancelamento e não renovação da apólice não haverá pagamento de excedente técnico.

OUVIDOR

Atuar, na relação contratual com a Seguradora, de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico, na defesa dos direitos dos consumidores e atuar como canal de comunicação entre a seguradora e os consumidores de seus produtos e serviços, esclarecendo, prevenindo e solucionando conflitos.

O Ouvidor recebe as manifestações dos consumidores que não foram solucionadas em primeira instância, por outros canais de atendimento e de apoio ao consumidor.

CANAIS DE ACESSO

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

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

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



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

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

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

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