
SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO VIDA DO PRODUTOR RURAL

Capital Segurado Variável

Condições Contratuais

Versão 1.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº _____

ÍNDICE

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

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

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2. **EXCLUEM-SE DESSE CONCEITO:**

- A) **AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, INCLUSIVE OS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;**
- B) **AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
- C) **AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E**
- D) **AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL.**

-
- 2.2. **Apólice:** documento emitido pela Seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da Cobertura solicitada pelo Estipulante ou Subestipulante (se houver), nos planos coletivos.
- 2.3. **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 2.4. **Beneficiário:** pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.
- 2.5. **Capital Segurado:** valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro.
- 2.6. **Capital Segurado Variável:** modalidade em que o Capital Segurado está atrelado a Obrigação, cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da Vigência do Seguro, tal como, mas não se limitando a, fatura do cartão de crédito e dívida de cheque especial.
- 2.7. **Carência:** período durante o qual, em caso de Sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado.
- 2.8. **Certificado Individual:** documento que comprova a inclusão do Segurado na Apólice coletiva.
- 2.9. **Cobertura:** obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os Riscos Excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.
- 2.10. **Comoriência:** é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento do Segurado principal e do(s) Beneficiário(s) na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.11. **Companheira(o):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente e pelo Contrato de Seguro.
- 2.12. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, do regulamento, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 2.13. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de Cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.14. **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 e/ou do Subestipulante.
- 2.15. **Conjugação:** é a contratação de mais de uma Cobertura securitária constante no presente instrumento.

-
- 2.16. **Contrato de Seguro:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do(s) Segurado(s) e do(s) Beneficiário(s).
- 2.17. **Corretor:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado. **O Corretor de seguros responde civilmente perante os Segurados, Seguradora e os Beneficiários, pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa.**
- 2.18. **Credor:** aquele a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada, objeto desse seguro.
- 2.19. **Culpa Grave:** termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo, sendo motivo para a perda do direito por parte do Segurado.
- 2.20. **Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade:** informações que devem ser prestadas pelo Proponente, relacionadas às suas condições de saúde e/ou atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e na regulação de Evento Coberto.
- 2.21. **Devedor:** pessoa física ou jurídica que deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada.
- 2.22. **Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declarada na proposta e/ou Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade, caracterizando-se pela omissão de tratamento e/ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, no preenchimento da proposta e/ou Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade poderá ensejar a perda do direito ao seguro.
- 2.23. **Domicílio do Segurado:** endereço em que o Segurado mantém a sua residência habitual no Brasil.
- 2.24. **Endosso:** documento emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma Apólice, de comum acordo com o Segurado.
- 2.25. **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 regulação em vigor, podendo assumir o papel do Credor ou do Devedor nas operações do seguro prestamista.
- 2.26. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, passível de ser indenizado pela Seguradora em favor do Segurado ou Beneficiário(s) enquadrado nas Coberturas previstas na Apólice contratual.
- 2.27. **Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do Contrato de Seguro.
- 2.28. **Grupo Segurado:** é a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.

-
- 2.29. **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Subestipulante (se houver), que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.
- 2.30. **Indenização:** valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) pela Seguradora, quando da ocorrência de Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado individual da Cobertura contratada.
- 2.31. **Médico/Médico Assistente:** profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**
- 2.32. **Obrigação:** produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre Credor e Devedor, que confere ao Credor o direito de exigir do Devedor o pagamento do valor correspondente.
- 2.33. **Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o seguro inadimplente fará jus à Cobertura.
- 2.34. **Prêmio:** valor a ser pago pelo Segurado à Seguradora correspondente a cada uma das Coberturas contratadas, destinado ao custeio do seguro.
- 2.35. **Premoriência:** morte do Beneficiário antes do falecimento do Segurado.
- 2.36. **Proponente:** interessado em contratar a(s) Cobertura(s) do seguro, ou aderir ao Contrato, no caso de contratação sob forma coletiva.
- 2.37. **Proposta de Adesão:** documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, nele manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais, Condições Especiais e demais disposições contratuais.
- 2.38. **Proposta de Contratação:** documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais da Apólice.
- 2.39. **Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do Contrato de Seguro.
- 2.40. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as Indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).
- 2.41. **Regulação de Sinistro:** conjunto de procedimentos realizados pela Seguradora na ocorrência de um Sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos com vistas à caracterização do risco ocorrido e sem enquadramento no seguro.

-
- 2.42. **Relatório Médico:** documento na forma de relatório ou similar, preenchido por Médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos Médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de liquidação de Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**
- 2.43. **Riscos Excluídos:** são os potenciais eventos danosos indicados expressamente nas Condições Contratuais como riscos não cobertos pelo seguro em caso de Sinistro.
- 2.44. **Segurado:** pessoa física ou jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. No caso de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de contratação do seguro.
- 2.45. **Seguradora:** é a empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) Cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de Prêmio, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do seguro.
- 2.46. **Sinistro:** ocorrência do risco coberto, durante o período de Vigência do Seguro.
- 2.47. **Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o Estipulante, contrata o seguro em favor do Grupo Segurado a que se vincule e os representa perante a Seguradora.
- 2.48. **Vigência do Seguro:** é o período definido na Apólice do seguro, nos quais as Cobertura de riscos propostas serão garantidas pela Seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. É facultada ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) a escolha das Cobertura do seguro, aplicáveis a todo o Grupo Segurado respeitando as regras de Conjugação dos planos indicados nesta cláusula. **O conjunto das Cobertura contratadas deverá ser identificado na Proposta de Contratação, sendo obrigatória a contratação da Cobertura básica relacionada abaixo:**
- 3.1.1. **Cobertura Básica**
- a) Morte – M
- 3.1.2. **Coberturas Adicionais**
- a) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- b) Auxílio Funeral – AF
- 3.2. As Cobertura previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice.
- 3.3. A definição de cada uma das Cobertura mencionadas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos específicos, Capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas Condições Especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES INCLUINDO A EXPLOÇÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
- B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS TERRORISTAS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO(S) COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATO ATENTATÓRIO À ORDEM PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE; EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- C) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR PRESCRITOS POR MÉDICOS CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESAO E/OU DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE;
- D) DE DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO CREDOR, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E/OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES DO ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTE, SE HOUVER;
- E) DE EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO, A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS;
- F) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, OU, AINDA DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;
- G) DE INUNDAÇÃO, TUFÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL E QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO METEOROLÓGICO, SÍSMICO OU GEOLÓGICO DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;
- H) DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVOS QUANDO PRESCRITOS POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO (MÉDICO);

- I) EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;
 - J) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;
 - K) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI;
 - L) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR;
 - M) DE PRÁTICA DE ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETUANDO-SE OS CASOS QUE PROVIEREM DA UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADOS, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM; E
 - N) ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.
- 4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1 ACIMA, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DE ACIDENTE PESSOAL, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:
- A) DE DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS;
 - B) DE DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC;
 - C) DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - D) DE ERROS MÉDICOS;
 - E) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;
 - F) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - G) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;
 - H) ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO SINISTRO;
 - I) AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E
 - J) AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIAS

6.1. A Carência de cada Cobertura, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial da respectiva Cobertura, sendo também definida na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.

6.1.1. Haverá Carência para suicídio tentado ou consumado nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do certificado de seguro individual.

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

6.2. O período de Carência para as Coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, e não poderá exceder metade do prazo de vigência do Certificado Individual de seguro.

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

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

7. FRANQUIAS

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

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

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

8.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la.

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

8.3.1. Caso o Proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 8.2, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

-
- 8.4. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.5. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 8.2, respeitada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.6. A aceitação do Contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice de seguro pela Seguradora no início do Contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na Apólice vigente se formalizará com a emissão do competente Endosso, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da Proposta de Contratação.
- 8.7. É vedada a contratação ou alteração do seguro através de procuração.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO

- 9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 9.2. Para os casos de contratação por pessoa física, serão aceitos como Segurados, todo o Proponente contratante de crédito rural, que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde e com idade compreendida entre 16 (dezesesseis) anos e 67 (sessenta e sete) anos completos e atenda os demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.
- 9.1.1. A idade do Segurado, na data de contratação ou renovação do seguro, somada ao prazo da operação de crédito rural não poderá ser superior a 70 (setenta) anos.
- 9.1.2. Caso o Proponente possua idade entre 16 (dezesesseis) anos e 18 (dezoito) anos incompletos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a Proposta de Adesão.
- 9.3. Para os casos de contratação por pessoa jurídica, serão aceitos como Segurados o(s) seu(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s), constantes no contrato social, na data da adesão ao seguro, desde que estejam em condições normais de saúde e atenda os demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.
- 9.4. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de Proposta de Adesão assinada pelo Proponente, seu representante ou por Corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.
- 9.4.1. Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar o risco. A constatação de omissões, declarações inexatas, ou circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou na fixação do Prêmio do seguro, poderá implicar na perda do direito à Indenização, além da Obrigação ao pagamento do Prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de rescindir o contrato ou a cobrar a diferença do Prêmio, mesmo após a caracterização do Evento Coberto.
- 9.4.2. A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade (ou prova de saúde e/ou atividades), podendo ser compulsória ou facultativa.
- 9.5. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Adesão, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

- 9.6. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da Proposta de Adesão, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Adesão. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 9.6.1. Caso o Proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item anterior, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxaço do risco.
- 9.7. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Proponente ou Corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 9.8. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 9.5, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 9.9. O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.
- 9.10. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pelo critério “Pro Rata Temporis” correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição.
- 9.10.1. No caso de extinção do IPCA/IBGE, o índice a ser utilizado será o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 9.11. Durante o período compreendido entre a data da recepção da Proposta de Adesão com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa do risco, haverá Cobertura pelo seguro.
- 9.12. A aceitação da adesão individual, alteração ou renovação se formalizará com a emissão do Certificado Individual de seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, e até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.
- 9.13. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 9.13.1. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante ou Subestipulante. A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 9.6 e subitem 9.6.1 desta cláusula.
- 9.14. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 10.1. O início e término de Vigência do Seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Apólice, nos certificados e nos Endossos.
- 10.1.1. Quando a Obrigação possuir data prevista de término, o prazo de Vigência do Seguro corresponderá ao prazo da Obrigação a que está atrelado, sendo as datas de início e término especificadas no Certificado Individual e também na Apólice, quando couber.
- 10.1.2. Nos casos em que a Obrigação perdurar por período indeterminado, o prazo de Vigência do Seguro deverá ser acordado entre as partes e estará especificado nas Condições Contratuais do seguro.
- 10.2. Os prazos de Vigência do Seguro poderão ser: plurianual, anual ou mensal, conforme estabelecido no Certificado Individual e também na Apólice, quando couber.
- 10.3. Caso o Credor e o Segurado repactuem o prazo original do Contrato relativo à Obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada:
- 10.3.1. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo da devolução do Prêmio excedente, se houver; e
- 10.3.2. Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora se manifestará sobre o interesse na extensão da Vigência do Seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos para a aceitação do risco.
- 10.4. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual ao contratado inicialmente, uma única vez, salvo se a Seguradora, o Estipulante/Subestipulante ou o Grupo Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da vigência da Apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 10.4.1. A renovação da Apólice para os demais períodos de vigência não será automática e ocorrerá mediante Proposta de Contratação assinada entre as partes, Seguradora e Estipulante e/ou Subestipulante.
- 10.4.2. Em caso de desinteresse em renovar o seguro, o Segurado deverá comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade ao Estipulante/Subestipulante, para que este comunique a Seguradora.
- 10.5. **A Apólice não será renovada caso o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) não aceitem as condições de reavaliação propostas pela Seguradora, para a manutenção do seguro.** Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique ônus ou deveres adicionais aos Segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.
- 10.6. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 11.1. A vigência da cobertura individual de cada Segurado, desde que o Proponente seja aceito no seguro, terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas no Certificado Individual do seguro.
- 11.1.1. Nos Contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas **com o pagamento antecipado, total ou parcial, do valor do Prêmio**, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 11.1.2. Nos Contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas **sem pagamento antecipado de Prêmio**, o início de vigência da cobertura do Certificado Individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 11.2. O prazo de vigência da cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no Certificado Individual do seguro, desde que não ultrapasse o final de vigência da Apólice coletiva, podendo ser renovada, automaticamente, uma única vez, por mais um período igual ao contratado inicialmente. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito, observando a cláusula 10 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA.
- 11.3. O prazo de vigência da cobertura individual constará no Certificado Individual e será equivalente ao prazo da operação de crédito rural junto ao estipulante, quando esta possuir data prevista de término, ou será acordado entre as partes, nos casos em que a Obrigação perdurar por período indeterminado.
- 11.3.1. Os casos de renegociação da operação de crédito rural, deverão ser comunicados imediatamente, através de nova Proposta de Adesão, sujeitos à análise da aceitação da Seguradora. A aceitação pela Seguradora será considerada como nova contratação e estará sujeita a cobrança de Prêmio.
- 11.4. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada ou cancelada, conforme previsto nas Condições Contratuais.
- 11.5. Em cada uma das renovações da cobertura individual será enviado novo Certificado Individual ao(s) Segurado(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

- 12.1. A modalidade de Capital Segurado deste plano de seguro é a de **Capital Segurado Variável**, ou seja, o Capital Segurado contratado é necessariamente igual ao valor da Obrigação, que possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da Vigência do Seguro, respeitado o limite de Capital Segurado fixado contratualmente.
- 12.2. O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas será estabelecido na Apólice e nos respectivos Certificados Individuais do seguro. O Capital Segurado corresponderá ao valor máximo da Indenização devida em decorrência de Evento Coberto, respeitados os limites estabelecidos na contratação.

- 12.3. Na ocorrência de Evento Coberto, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor a ser indenizado, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme dispuserem as Condições Gerais.
- 12.4. Os Capitais Segurados não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.
- 12.5. No caso de contratação por pessoa jurídica, onde os Segurados será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrantes do quadro social da empresa, o Capital Segurado será único e limitado ao valor contratado independentemente da quantidade.
- 12.5.1. O valor do Capital Segurado referente a cada sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) poderá sofrer variações decorrentes de mudanças na composição societária da pessoa jurídica.
- 12.6. Nas operações em que figure mais de um mutuário, o Capital Segurado total será dividido em Capital Segurado por mutuário, proporcionalmente à cota de responsabilidade de cada um perante o empréstimo a que se vincula o seguro, sendo as Indenizações pagas à medida que ocorram os Sinistros, estando segurados os demais mutuários até o vencimento da Cobertura.
- 12.6.1. Não estando individualizada, para efeito do seguro, a responsabilidade de cada mutuário, prevista no parágrafo anterior, entende-se por Capital Segurado por mutuário, o resultado da divisão de Capital Segurado total pelo número de mutuários da operação.
- 12.7. Nas operações garantidas por hipoteca, formalizadas por pessoas físicas casadas (ou cuja vinculação configure união estável), qualquer que seja o regime do casamento, em que compareçam ambos cônjuges, o Capital Segurado é atribuído ao mutuário responsável pela operação, assim entendido aquele que administra o empreendimento que deu origem à operação de crédito a que se vincula o seguro, extinguindo-se a Cobertura a partir do pagamento da Indenização.
- 12.8. No caso de financiamento contratado através de cooperativas, para repasse aos seus associados, o valor da Cobertura individual será determinado em função do sub-empréstimo concedido pela cooperativa ao seu cooperado, observados os limites previstos para a contratação do seguro.
- 12.9. Os valores ora mencionados serão apurados na data do Evento Coberto, de acordo com as Condições Especiais das Coberturas contratadas e conforme modalidade de capital prevista neste plano.
- 12.10. Desde que expressamente definido no Contrato de Seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigação por parte do Segurado, poderão ser incorporadas ao valor do Capital Segurado e conseqüentemente à Indenização a ser paga em caso de Evento Coberto.
- 12.11. Não será devida Indenização para qualquer parcela da Obrigação vencida antes da data do Sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.
- 12.12. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.
- 12.13. Poderá ser efetuado o aumento dos Capitais Segurados em qualquer época mediante solicitação, observando-se sempre o limite máximo de Capital Segurado individual vigente no Contrato de Seguro, em

caso de renovação e/ou renegociação do compromisso junto ao Credor. Se forem aceitos pela Seguradora, a vigência dos novos Capitais Segurados terá início no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do Segurado o preenchimento de uma nova Proposta de Adesão e a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades, iniciando-se nova Carência de 2 (dois) anos aplicável sobre a diferença entre o Capital Segurado anterior e o novo capital, para hipótese de suicídio ou sua tentativa.

13. BENEFICIÁRIOS

- 13.1.** O primeiro Beneficiário do seguro será o Credor, a quem deverá ser paga a Indenização até o saldo devedor da operação de crédito rural a que o seguro está atrelado, apurada na data de ocorrência do Evento Coberto e limitada ao Capital Segurado contratado.
- 13.2.** A diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado na Proposta de Adesão.
- 13.2.1.** Na falta de indicação expressa de segundo Beneficiário ou se por algum motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.
- 13.2.2.** É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do Contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente, já se encontrava separado de fato ou era viúvo.
- 13.3.** Nos casos de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de adesão ao seguro, que neste caso figurará(ão) exclusivamente como segundo Beneficiário para recebimento de eventual diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto.
- 13.4.** O(s) segundo(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) pelo Segurado, a qualquer tempo, mediante encaminhamento de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos Beneficiários.
- 13.4.1.** Qualquer alteração de Beneficiário somente terá validade no 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de protocolo na Seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo Segurado.
- 13.4.2.** Em caso de não recebimento da formalização de alteração de Beneficiário, devidamente assinada pelo Segurado, a Seguradora aplicará a distribuição do Capital Segurado conforme a indicação imediatamente anterior.
- 13.5.** Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no Contrato de Seguro antes do óbito do Segurado (Premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais do Segurado, conforme subitem 13.2.1.
- 13.6.** Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados no Contrato de Seguro, antes do óbito do Segurado (Premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com distribuição do Capital Segurado destinado ao Beneficiário pré-morto

entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo Segurado a cada um, de forma a preservar sua manifestação de vontade.

- 13.7. Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (Comoriência), o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais, nos termos do Código Civil vigente.
- 13.8. Em caso de indicação de Beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do Segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), a Indenização será paga conforme disposto no Código Civil Brasileiro.
- 13.9. Não será admitida a indicação ou substituição de Beneficiário por procuração ou por termo de curatela.

14. CUSTEIO DO SEGURO

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

15. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 15.1. A periodicidade de pagamento do Prêmio poderá ser em parcela única ou fracionada. Quando o pagamento for na forma fracionada, poderá ser nas periodicidades: mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual. A opção de periodicidade estará definida no Contrato de Seguro.
- 15.1.1. Em caso de pagamento fracionado do Prêmio, o Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas. Neste seguro não haverá aplicação de juros sobre o Prêmio fracionado.
- 15.1.2. Para os Prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do Certificado Individual de seguro.
- 15.1.3. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.
- 15.2. O não pagamento do Prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do Prêmio, respeitada a periodicidade definida em Contrato, até a data de seu vencimento, caracteriza a não efetivação do Contrato de Seguro.
- 15.3. O pagamento dos Prêmios do seguro será efetuado de acordo com a periodicidade e a data de vencimento estabelecida na Apólice e no Certificado Individual. Para garantir seu direito à Cobertura, o Segurado e/ou Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deverá efetuar o pagamento do Prêmio do seguro, até a data limite de seu vencimento, constante no respectivo documento de cobrança, de acordo com a forma e periodicidade de pagamento estipuladas.
- 15.4. A forma de pagamento do seguro será por débito em conta corrente nos bancos credenciados da Seguradora ou por fatura, conforme opções determinadas no Contrato de Seguro e descritas na Proposta de Adesão.

-
- 15.5. A data limite para pagamento do Prêmio será a data de vencimento expressa no respectivo documento de cobrança.
- 15.6. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não houver expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil seguinte em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas Coberturas e sem acréscimo de valor.
- 15.7. Caso haja falta de pagamento do Prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 15.8. Se o Estipulante e/ou Subestipulante deixar de repassar à Seguradora, respeitado os prazos contratualmente estabelecidos, os Prêmios recolhidos dos Segurados, poderá ocorrer o cancelamento do seguro, à critério da Seguradora, ficando o Estipulante e/ou Subestipulante sujeito às cominações legais.
- 15.8.1. O Estipulante e/ou Subestipulante ficam terminantemente proibidos de recolher do(s) Segurado(s), a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.
- 15.9. Qualquer Indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do Prêmio tiver sido realizado até a data de vencimento estabelecida.
- 15.10. Os tributos incidentes sobre o valor do Prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS

- 16.1. Não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio correspondente. O Prêmio será recalculado na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração no Capital Segurado Variável.
- 16.2. **Caso haja atraso no pagamento do Capital Segurado ou do Prêmio do seguro**, o valor devido será atualizado com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês, contados desde a data do Evento Coberto até a data do efetivo pagamento (no caso de Sinistro), e desde a data do vencimento da parcela vencida (em caso de atraso do Prêmio). Nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 16.2.1. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do pagamento em atraso e aquele publicado imediatamente anterior à data de seu efetivo pagamento, calculada na base “*Pro Rata Temporis*”.
- 16.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 16.4. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores devidos.

17. REAVALIAÇÃO DE TAXA

- 17.1. Na ocasião da renovação, a Seguradora reavaliará as condições e Prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.
- 17.2. Em caso de alteração de taxas realizadas durante a vigência da Apólice, esta deverá ser realizada por Endosso e a modificação da Apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

18. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

- 18.1. O não pagamento do Prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela, respeitada a periodicidade definida em Contrato, até a data de seu vencimento, caracteriza a não efetivação do Contrato de Seguro.
- 18.2. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela posterior a primeira, iniciará a contagem do Prazo de Tolerância para regularização do pagamento, e será contado de forma diferenciada, dependendo da Vigência do Seguro e da periodicidade de pagamento do Prêmio definida, conforme segue:
- 18.2.1. Para vigência anual ou plurianual:
- 18.2.1.1. Para os casos de opção por pagamento de Prêmio em parcelas mensais ou pagamento único (anual à vista):
- 18.2.1.1.1. Na falta de pagamento de qualquer parcela posterior à 1ª (primeira) ou do Prêmio anual à vista, iniciará a contagem do Prazo de Tolerância de 60 (sessenta) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento da 1ª (primeira) parcela ou do Prêmio anual à vista inadimplente.
- 18.2.1.1.2. Não sendo regularizado o pagamento do Prêmio do seguro durante o prazo de tolerância concedido mencionado no subitem anterior, a Seguradora encaminhará ao Segurado uma notificação, para adverti-lo quanto à necessidade de pagamento do Prêmio vencido, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data do seu recebimento, sob pena de cancelamento do seguro.
- 18.2.1.1.3. Decorrido o prazo concedido para a regularização da inadimplência mencionado no subitem anterior, sem que o pagamento do Prêmio pendente tenha sido efetuado, o seguro ficará de pleno direito cancelado e não poderá mais ser restabelecido.
- 18.2.1.1.4. Durante o Prazo de Tolerância, descrito no subitem 18.2.1.1.1, estarão cobertos os Sinistros ocorridos durante a inadimplência do Segurado, mas o reembolso das despesas com o Evento Coberto ficará condicionado ao recebimento do(s) Prêmio(s) devido(s), com os encargos previstos na cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.
- 18.2.1.2. Para os casos de opção por pagamento de Prêmio anual fracionado, bimestral, trimestral ou semestral:

18.2.1.2.1. Na falta de pagamento de parcela posterior à primeira, o prazo de vigência da Cobertura do seguro será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, tomando-se por base o cálculo *Pro Rata Temporis*.

18.2.1.2.2. A Seguradora deverá informar ao Segurado, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado. Nesta comunicação, que funcionará como notificação, o Segurado será advertido quanto à necessidade de pagamento do Prêmio vencido, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data de seu recebimento, alertado que, findo o novo prazo de vigência da Cobertura, sem que tenha sido retomado o pagamento do Prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do seguro.

18.2.1.2.3. Restabelecido o pagamento do Prêmio antes do cancelamento, conforme o subitem anterior, ficará restaurado o prazo original de vigência de cobertura do seguro.

18.2.2. Para vigência mensal:

18.2.2.1. A Cobertura do seguro será cancelada quando houver falta de pagamento da parcela por um prazo superior a 5 (cinco) dias úteis, contados da data de vencimento da parcela não paga. Nesta situação, o Segurado não terá direito a devolução dos Prêmios pagos.

18.2.2.2. Não sendo regularizado o pagamento do Prêmio do seguro durante o prazo estabelecido no subitem anterior, a Seguradora encaminhará ao Segurado uma notificação, para adverti-lo quanto à necessidade de pagamento do Prêmio vencido, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data do seu recebimento, sob pena de cancelamento do seguro.

18.2.2.3. Decorrido o prazo concedido para a regularização da inadimplência mencionado no subitem anterior, sem que o pagamento do Prêmio pendente tenha sido efetuado, o seguro ficará de pleno direito cancelado e não poderá mais ser restabelecido.

18.3. Sendo o seguro cancelado, ele não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse do Segurado, deverá ser contratado um novo seguro com fiel observância de todos os pré-requisitos para aceitação e inclusão do Proponente no seguro, conforme disposto nas cláusulas 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA e 9 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO. Em caso de nova contratação, em hipótese alguma será admitido qualquer vínculo com o seguro cancelado por falta de pagamento.

18.4. Não caberá restituição de qualquer parcela de Prêmio mensal que já tenha sido paga ou em caso de Prêmio anual à vista ou fracionado, trimestral ou semestral cuja vigência do último Prêmio pago já tenha terminado.

18.5. Não haverá reativação de Proposta de Adesão cancelada.

19. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

19.1. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

- 19.2. A Cobertura individual de cada Segurado termina, sem qualquer restituição de Prêmio:
- a) Com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas na cláusula 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE;
 - b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante e/ou Subestipulante (quando houver);
 - c) Na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado;
 - d) Com o cancelamento a pedido da Seguradora, desde que o aviso seja feito com 60 (sessenta) dias de antecedência;
 - e) Quando o Segurado, Estipulante ou Subestipulante, se houver, deixar de pagar o Prêmio do seguro;
 - f) No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, respeitando o Prêmio do seguro efetivamente pago;
 - g) Com o cancelamento do Certificado Individual ou a quitação total da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado, observado o período de vigência correspondente ao Prêmio de seguro efetivamente pago;
 - h) Com a Indenização decorrente do falecimento de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidores(s), administrador(es) ou empresário(s), no caso de contratação por pessoa jurídica;
 - i) Com a transferência de titularidade da dívida ou compromisso assumido pelo Proponente junto ao Credor;
 - j) Automaticamente com o pagamento do Capital Segurado contratado, quando as Condições Especiais da Cobertura correspondente estabelecerem o cancelamento do Contrato de Seguro;
 - k) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, devidamente comprovados; e
 - l) Imediatamente se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 20.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido na cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do Prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do Prêmio.
- 20.2. A Apólice poderá ser cancelada automaticamente, sem qualquer restituição dos Prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:
- a) A qualquer tempo, por mútuo acordo entre a Seguradora e o Estipulante ou Subestipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;
 - a.1) No caso de 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 Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
 - ii. Quando adotado o fracionamento do Prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o Prêmio calculado de acordo com o critério *Pro Rata Temporis*;
 - b) No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
 - c) Pelo atraso no pagamento do Prêmio, conforme disposto na cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;

- d) Na hipótese do Estipulante(s) e/ou Subestipulante(s), Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda, se ficar constatado que tiveram o fim para obter ou para majorar a Indenização;
- e) Se constada uma das hipóteses previstas na cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS; e
- f) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das Condições Contratuais da Apólice.

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

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

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os Prêmios pagos e terá ainda o direito ao recebimento do Prêmio vencido, caso o Estipulante, o Subestipulante (se houver), o Proponente, o Segurado, seu(s) Beneficiário(s), seu Corretor de seguros ou seu(s) respectivos representante(s) legal(is):

- a) Agravar intencionalmente o risco nos termos do Código Civil Brasileiro;
- b) Fizer declaração(ões) inexata(s), falsa(s), simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a Indenização, ou omitir circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou no valor do Prêmio;
- c) Faltar com o cumprimento das obrigações ajustadas pelo contrato deste seguro;
- d) Agir com dolo, fraude consumada ou sua tentativa, simulação ou Culpa Grave tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou para obter ou majorar o pagamento da Capital Segurado ou, ainda, se tentar(em) obter vantagem indevida com o evento reclamado; e
- e) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do Evento Coberto.

21.2. Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé do Estipulante, do Subestipulante (se houver), do Segurado, seus prepostos, seus Beneficiários, seu Corretor de seguros ou seus representantes legais, a Seguradora poderá:

21.2.1. Na hipótese de não ocorrência de Evento Coberto:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio devido ou restringindo a Cobertura contratada.

21.2.2. Na hipótese de ocorrência de Evento Coberto com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, mediante o recebimento do Prêmio devido, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a Cobertura contratada para riscos futuros.

- 21.2.3. Na hipótese de ocorrência de Evento Coberto com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença do Prêmio devido.
- 21.3. O(s) Segurado(s) e ou o Credor será(ão) obrigado(s) a comunicar à Seguradora, logo que saiba(m), de todo e qualquer incidente suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à Cobertura, se ficar comprovado que o Segurado ou o Credor silenciou(aram) de má-fé, conforme disposto no Código Civil Brasileiro.
- 21.3.1. Também caracteriza a alteração de risco as ocorrências como: mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Adesão e na Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade.
- 21.4. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de Agravamento do Risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, manter o seguro, restringindo a Cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.
- 21.5. O cancelamento do Contrato de Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, quando houver, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 22.1. Em caso de Sinistro coberto pelo seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente o evento à Seguradora por meio da Central de Atendimento ou outro meio que a Seguradora disponibilize e estabeleça no Certificado Individual.
- 22.2. Para o processo de Regulação do Sinistro, serão exigidos documentos específicos de cada Cobertura conforme constam nas respectivas Condições Especiais.
- 22.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos para o pagamento da Indenização, contados da data de entrega de todos os documentos relacionados nas Condições Especiais das respectivas Cobertura, observando que a documentação especificada nas Condições Especiais não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do Sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada de todos os documentos/informações complementares solicitados.
- 22.4. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de Sinistros com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 22.5. A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará na suspensão do processo de Sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do Segurado, seu Beneficiário ou representante legal, com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.

- 22.6. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o aviso do Sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da Obrigação de pagar qualquer Capital Segurado. A Seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.
- 22.7. Na ausência de Médico que tenha assistido o Segurado, será aceito profissional Médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais Médicos em qualquer tempo.
- 22.7.1. Não será aceito, para fins do pagamento do Capital Segurado, relatório emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.
- 22.8. As despesas efetuadas com a comprovação do Evento Coberto e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta do(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 22.9. O valor a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do Evento Coberto, conforme disposto nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.
- 22.10. O pagamento da Indenização das coberturas desse plano de seguro será realizado na forma de parcela única.
- 22.11. O pagamento da Indenização cancelará automaticamente o Certificado Individual.
- 22.12. Independentemente dos documentos exigidos pela Seguradora nas Condições Especiais de cada Cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.
- 22.13. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 22.14. A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.
- 22.15. 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.
- 22.15.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do Médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.
- 22.15.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

- 22.15.3. O não comparecimento do Médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos Médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.
- 22.15.4. A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de Capital Segurado por parte da Seguradora.
- 22.16. Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do Prazo de Tolerância, porém anteriormente à data da ocorrência do Sinistro.
- 22.17. O Segurado, ao fazer adesão do seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu Médico Assistente.
- 22.18. Se, após a Regulação do Sinistro, for identificado que a dívida ou compromisso assumido pelo Segurado, já tenha sido quitada ou amortizada antes da comunicação do Sinistro à Seguradora o Segurado ou terceiro poderá ser reembolsado pela Seguradora, desde que apresente a documentação original que comprove que a quitação ou amortização da dívida contraída pelo Segurado diretamente ao Credor, nas seguintes situações:
- Quando o Credor não conseguir apresentar boleto com vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis contados da data da sua entrega na Seguradora e não indicar outro meio para pagamento da Indenização; e
 - Quando o Segurado ou terceiro quitar ou amortizar a dívida ou o compromisso assumido junto ao Credor antes de avisar o Sinistro.
- 22.19. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento reclamado pelo Segurado, não implicarão, por si só, no reconhecimento da Obrigação de pagar qualquer Indenização. Quando o evento ocorrido não tiver Cobertura, a Seguradora comunicará o Segurado, ou seu(s) Beneficiário(s) ou seus respectivos representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor de seguros.
- 22.20. Caso haja atraso no pagamento do Capital Segurado, relativo ao Evento Coberto vencido, o prazo de 30 (trinta) dias para a Regulação do Sinistro, a importância devida pela Seguradora após entrega de toda a documentação e informações solicitadas nesta cláusula, as Indenizações serão atualizadas, bem como aplicado juros de mora a partir desta data, conforme previsto na cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.
- 22.21. Caso haja saldo remanescente entre o valor da Indenização devida e o montante efetivamente necessário para a quitação da Obrigação, este deverá ser pago ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme disposto na cláusula 13 – BENEFICIÁRIOS.

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

- 23.1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nas Condições Gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver):
- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
 - b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
 - c) Fornecer ao Segurado ou ao Beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
 - d) Discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
 - e) Repassar os Prêmios de seguro à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
 - h) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
 - i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do Capital Segurado;
 - j) Comunicar de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
 - l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, seu CNPJ, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante ou Subestipulante (se houver); e
 - m) Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais.
- 23.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao Estipulante e ao Subestipulante (se houver):
- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
 - b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado;
 - c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
 - d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.
- 23.3. O não repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro e sujeita o Estipulante ou Subestipulante (se houver) às cominações legais.
- 23.4. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com

o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, ficará o Estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do Prêmio do seguro de cada Segurado.

24. REGIME FINANCEIRO

24.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, ou seja, os prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro. Sendo assim, **não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

25.1. As peças promocionais e de propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante/Subestipulante e/ou Corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e de supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da Apólice e as normas de seguro. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizadas, por escrito.

25.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.

26. PRESCRIÇÃO

26.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

27. FORO

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

27.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso previsto no item acima.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. Aos casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.

28.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

28.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Sede Berrini

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

www.mapfre.com.br



28.4. As Condições Contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número de processo constante da Apólice ou da proposta de seguro e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETO DA COBERTURA

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS COMO RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NO SUBITEM 2.1.2 DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

3. CAPITAL SEGURADO

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

4. DATA DO EVENTO

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 6.1. Além das situações previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e

- c) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura em caso de morte do primeiro sócio, ou titular, ou instituidor, ou administrador ou empresário Segurado.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

7.1.1. Para o caso de **Morte Natural**:

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

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

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
- b) Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e o Segurado for o piloto;
- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- d) Cópia do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e ou afogamento;
- e) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
- f) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, se cabível;
- g) Cópias dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) Segurado(a) tenha sido condutor(a) no veículo envolvido em acidente), se cabível; e
- h) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho, se cabível.

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETO DA COBERTURA

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

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS COBERTOS

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

forma, havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da Indenização prevista para sua perda total.

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

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total de uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável Nefrectomia bilateral	

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, SUBITEM 2.1.2, E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTARÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:
- A) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - B) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO AS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - C) OS ERROS MÉDICOS;
 - D) PROBLEMAS AUDITIVOS;
 - E) ENVENENAMENTOS, EXCETO ESCAPAMENTO DE GASES E VAPORES;

-
- F) TRATAMENTO DE EXAME CLÍNICO, CIRÚRGICO OU MEDICAMENTOSO NÃO EXIGIDO DIRETAMENTE PELO ACIDENTE;
- G) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
- H) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS;
- I) TODO E QUALQUER DANO E/OU SEQUELA CAUSADOS PELA DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC;
- J) VIAGENS EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES:
- I. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;
 - II. DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS; OU
 - III. QUE, SENDO OFICIAIS MILITARES, NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR;
- K) PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO; E
- L) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.
- 4.2. NÃO HAVERÁ INDENIZAÇÃO NOS CASOS DE PERDA PARCIAL OU REDUÇÃO DE FUNÇÕES DE MEMBROS E/OU ÓRGÃOS, SEM QUE HAJA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PESSOAL, NOS TERMOS DESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.
- 4.3. A INVALIDEZ DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE PESSOAL NÃO DÁ DIREITO À INDENIZAÇÃO TOTAL. PARA EFEITO DE INDENIZAÇÃO, A PERDA OU MAIOR REDUÇÃO FUNCIONAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE PESSOAL DEVE SER DEDUZIDA DO GRAU DE INVALIDEZ DEFINITIVA.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado corresponderá ao valor máximo da Indenização devido na ocorrência do Sinistro previsto no Certificado Individual, vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 5.2. Caso haja o pagamento do Capital Segurado de Invalidez Total por Acidente, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 8.1. Além das situações previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
- Com o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e
 - Se no caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, referente a invalidez total de um do(s) sócio(s), ou titular(es), ou instituidor(es), ou administrador(es) ou empresário(s) Segurados.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

-
- p) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
 - q) Cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e
 - r) Original do exame de raio X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com laudo radiológico (ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo).

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

10.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL – AF

1. OBJETO DA COBERTURA

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

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS COBERTOS

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

iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando a respeito das providências tomadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Urna/caixão;
- b) Carro para enterro (no município de Moradia Habitual);
- c) Carreto/caixão (no município de Moradia Habitual);
- d) Um enfeite e uma coroa;
- e) Véu;
- f) Paramentos (essa);
- g) Velas;
- h) Mesa de condolências;
- i) Remoção do corpo/Traslado (no município de Moradia Habitual);
- j) Registro do óbito;
- k) Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de Moradia Habitual);

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

3.12. Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos clientes da Seguradora. A Assistência 24 horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço de funeral.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, SUBITEM 2.1.1, E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

6. DATA DO EVENTO

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. BENEFICIÁRIOS

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. Em caso de reembolso, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- Cópia da certidão de óbito do Segurado;
 - Cópia do RG e CPF do Segurado;
 - Relatório Médico, devidamente preenchido pelo Médico que assistiu o Segurado;
 - Cópia do RG, CPF do contratante da nota fiscal;
 - Original das notas fiscais e recibos das despesas com o funeral; e
 - Cópia do comprovante de residência em nome do contratante da nota fiscal. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado.
- 10.2. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do Capital Segurado contratado vigente na data do Evento Coberto.
- 10.3. Caso proceda a recusa do Sinistro após a prestação dos serviços funerários, a Seguradora poderá requerer do Beneficiário o valor correspondente às despesas com o funeral do Segurado.
- 10.4. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura estabelecido, atualizado monetariamente, nos termos da cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS das Condições Gerais do seguro.
- 10.5. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionados a essa Cobertura, bem como para pagamento da Indenização (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na cláusula 22 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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