

SEGURO PRESTAMISTA CRÉDITO IMOBILIÁRIO Capital Segurado Vinculado

Condições Contratuais Versão 1.4

Processo SUSEP nº 15414.900671/2015-72

MAPFRE Seguros Gerais S.A. – CNPJ 61.074.175/0001-38
www.mapfre.com.br

WhatsApp – (11) 4004-0101

Central de Atendimento aos Clientes: **0800 775 4545** | **Sinistro** – Todos os dias das 08h às 20h
SAC 24 horas – **0800 775 1000**

Atendimento em Libras 24 horas - <https://mapfre.emlibras.com/>

Central de Atendimento a Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala 24 horas: **0800 775 5045**

Ouvidoria: **0800 775 1079** | Ouvidoria para Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala: **0800 775 7911– de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h (exceto feriados)** A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Reclamações para consumidores dos mercados supervisionados: **www.consumidor.gov.br**

SUMÁRIO

CLÁUSULA 1. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEGURO	5
1.1. OBJETIVO DO SEGURO	5
1.2. DEFINIÇÕES	5
1.3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	9
CLÁUSULA 2. CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA	9
2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO	9
2.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO	11
2.3. CAPITAL SEGURADO	12
2.4. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	13
2.5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	14
2.6. CARÊNCIA	14
2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	15
2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE	16
CLÁUSULA 3. GARANTIAS DO SEGURO	17
3.1. COBERTURAS CONTRATADAS	17
3.2. EXCLUSÕES GERAIS	17
3.3. EMBARGOS E SANÇÕES	19
CLÁUSULA 4. DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES	19
4.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	19
4.2. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	21
4.3. BENEFICIÁRIOS	22
4.4. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS	24
4.5. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS DO SEGURADO À SEGURADORA	25
CLÁUSULA 5. PAGAMENTO DO SEGURO	25
5.1. CUSTEIO DO SEGURO	25
5.2. PAGAMENTO DO PRÊMIO	25
5.3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	27
5.4. RECÁLCULO DOS VALORES	28
5.5. REENQUADRAMENTO DAS TAXAS	28
CLÁUSULA 6. SINISTRO E REGULAÇÃO	29
6.1. COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO	29
6.2. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	31
CLÁUSULA 7. DISPOSIÇÕES FINAIS	33
7.1. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	33

7.2. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	34
7.3. PRESCRIÇÃO	34
7.4. FORO.....	34
7.5. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS BÁSICAS DO SEGURO	36
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M	36
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	36
2. EXCLUSÕES	36
3. CAPITAL SEGURADO	36
4. DATA DO EVENTO	36
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO	36
6. RESCISÃO E CANCELAMENTO	36
7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	36
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURAS ADICIONAIS DO SEGURO	39
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	39
1. OBJETIVO	39
2. DEFINIÇÕES	39
3. COBERTURAS CONTRATADAS	39
4. EXCLUSÕES	40
5. CAPITAL SEGURADO	41
6. DATA DO EVENTO	41
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	41
8. RESCISÃO E CANCELAMENTO	41
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	41
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	43
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A.....	44
1. OBJETIVO	44
2. DEFINIÇÕES	44
3. COBERTURAS CONTRATADAS	45
4. EXCLUSÕES	47
5. CAPITAL SEGURADO	47
6. DATA DO EVENTO	47
7. CARÊNCIA	48
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	48
9. RESCISÃO E CANCELAMENTO	48

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	48
11. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	49
12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	49
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	49
ANEXO À COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD-A.....	50
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF	50
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	50
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE	51

CLÁUSULA 1. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEGURO

1.1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1.1. Pelo presente contrato de seguro, a Seguradora obriga-se, mediante o pagamento do Prêmio equivalente, a amortizar ou custear, total ou parcialmente, Obrigação assumida pelo Devedor, pessoa física, oriunda de operações de crédito contratadas junto ao Estipulante, no caso de ocorrência de Sinistro coberto, desde que respeitados os Riscos Excluídos, as Hipóteses de Perda de Direitos e as demais disposições contratuais.

1.1.2. A garantia consiste no pagamento de Indenização por prejuízos comprovados decorrentes dos riscos contratados, até o Capital Segurado contratado.

1.2. DEFINIÇÕES

1.2.1. Este dicionário tem como objetivo facilitar a compreensão das Condições Contratuais do seguro, que contêm alguns termos técnicos. Ao longo do documento, sempre que um termo aparecer com a primeira letra em maiúscula, sem estar no início da frase, isso indicará que ele possui um significado específico definido neste dicionário. Assim, busca-se tornar a leitura mais simples e garantir que os principais conceitos e regras das Condições Contratuais e da Apólice/Certificado individual sejam entendidos com clareza.

ACEITAÇÃO: É a aprovação, pela Seguradora, da Proposta de Seguro apresentada pelo Tomador, Segurado, Estipulante, Proponente, por seus representantes legais e/ou por intermédio do Corretor de Seguros, para fins de contratação do seguro.

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

- a) Incluem-se nesse conceito:
 - a.1) O suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
 - a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas; e
 - a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- b) Excluem-se desse conceito:
 - b.1) As doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como

“invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal.

AGRAVAMENTO DO RISCO: Circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora.

APÓLICE: Documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do risco e das coberturas solicitadas pelo Proponente, bem como estabelece os direitos e as obrigações das partes.

AVISO DE SINISTRO: comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob a Apólice/Certificado individual, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro. O primeiro Beneficiário no Seguro, em princípio, será o Credor a quem o Segurado realiza o pagamento de prestações periódicas em decorrência de dívida ou compromisso assumido.

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

CAPITAL SEGURADO VINCULADO: modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da Obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da Vigência do Seguro, no caso de suspensão, durante o qual, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) Capital(is) Segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de Evento Coberto.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

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.

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.

COMPANHEIRO(A): é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente e pelo Contrato de Seguro.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto das cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

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

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

CORRETOR DE SEGUROS: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídica, 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.

CREDOR: aquele a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada objeto deste seguro.

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

DANO ESTÉTICO: Espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E/OU ATIVIDADE: documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o Proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

DEVEDOR: aquele que deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada, objeto deste seguro.

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

ENDOSSO: Documento emitido pela Seguradora durante a vigência da Apólice/Certificado individual, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que contrata seguro coletivo em proveito de um grupo de pessoas com o qual possua vínculo anterior e não securitário, pactuando com a Seguradora os termos da Apólice/Certificado individual para a adesão dos interessados. Representa os segurados e beneficiários perante a Seguradora na formação e na execução da Apólice/Certificado individual.

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. **FORO:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrente do Contrato de Seguro.

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

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

INDENIZAÇÃO: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de prejuízos indenizáveis decorrentes de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s).

INTERRUPÇÃO DE PRAZO: É a cessação da contagem de um prazo contratual ou legal. Quando o prazo é interrompido, ele se reinicia novamente após cessada a causa da interrupção.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG): Representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora, fixado na Apólice/Certificado individual, por Evento ou série de Eventos Cobertos, aplicado ao conjunto de coberturas da Apólice/Certificado individual de seguro.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI): Valor máximo de indenização especificado na Apólice e contratado para cada cobertura ou garantia, representando o máximo que a Seguradora suportará para cada cobertura, não se somando nem se comunicando com os Limites Máximos de Indenização de coberturas distintas.

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.

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.

PREMORIÊNCIA: morte do Beneficiário antes do falecimento do Segurado.

PRÊMIO: Importância fixada na Apólice/Certificado individual e paga à Seguradora como contraprestação pela

garantia de interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.

PROPONENTE: É a pessoa física ou jurídica interessada na contratação do Seguro e que apresenta a Proposta.

PROPOSTA: Documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros que formaliza o interesse em contratar, alterar ou renovar o Seguro, contendo os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. A proposta é a base da Apólice/Certificado individual de seguro e faz parte integrante deste.

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

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

PRO RATA TEMPORIS: no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do Contrato de Seguro.

QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DE RISCO: Formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderão acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.

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).

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro, bem como dos prejuízos dele decorrentes que sejam passíveis de Indenização.

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.

RISCO: Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos.

RISCO EXCLUÍDO: evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice/Certificado individual, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice/Certificado individual.

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

SEGURADO: Pessoa física ou jurídica que contrata o seguro, em seu benefício pessoal ou de terceiros, e/ou está exposto aos riscos previstos nas coberturas contratadas.

SEGURADORA: Empresa legalmente autorizada a comercializar seguro que, mediante o recebimento do Prêmio, garante interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Seguros Gerais S.A.

SINISTRO: Ocorrência de evento previsto nas Condições Contratuais do seguro, de natureza futura e incerta, cuja verificação implica, nos termos da Apólice/Certificado individual, a obrigação da seguradora de analisar a cobertura contratada e, se for o caso, efetuar o pagamento da indenização, reembolso ou prestação do serviço, observados os

limites, franquias, carências, hipóteses de perdas de direito e exclusões estabelecidos.

SUB-ROGAÇÃO: É a transferência de direitos, ações, garantias e privilégios do Segurado, ou de terceiros para a Seguradora, resultante do pagamento de indenização prevista na Apólice.

SUSPENSÃO DE PRAZO: É a paralisação temporária da contagem de um prazo contratual ou legal. Durante o período de suspensão, o prazo deixa de fluir, mas volta a ser contado do ponto em que parou assim que cessar a causa da suspensão.

TERCEIRO: Qualquer pessoa física ou jurídica que não seja:

- a) o próprio Segurado;
- b) o Tomador da Apólice/Certificado individual;
- c) o causador do Sinistro;
- d) o cônjuge, companheiro (a), pais e filhos do Segurado, de seus funcionários, dos sócios controladores, diretores ou administradores do estabelecimento Segurado;
- e) pessoa jurídica com participação acionária no estabelecimento Segurado, até o nível de pessoas físicas, que, isoladamente ou em conjunto, exerçam ou tenham possibilidade de exercer controle comum do estabelecimento Segurado e da empresa reclamante; e os sócios controladores, diretores ou administradores.

VIGÊNCIA: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor a Apólice/Certificado individual, podendo ser fixado em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem, trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

1.3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

1.3.1. O âmbito geográfico de cada uma das Coberturas será definido nas respectivas Condições Especiais.

CLÁUSULA 2. CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA

2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO

2.1.1. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação da Proposta à Seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo Tomador, Segurado, Proponente, Estipulante, ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das respectivas Condições Contratuais.

2.1.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta, mas as informações prestadas integram a Apólice/Certificado individual a ser celebrada.

2.1.1.2. Durante o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para análise, contados a partir da data do recebimento da Proposta, não haverá cobertura securitária, salvo se houver previsão específica de cobertura provisória nas Condições Contratuais ou em documento formal emitido pela Seguradora.

2.1.2. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo potencial Segurado ou pelo Estipulante, de forma completa e verídica, as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa do Prêmio, de acordo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade disponibilizada pela Seguradora. O descumprimento do dever de declaração, inclusive por omissão, inexatidão ou reticência, acarretará as consequências previstas na cláusula “4.4. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS”, conforme o disposto na legislação aplicável.

2.1.2.1. A Proposta deverá ser acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade - DPS (ou prova de saúde e/ou atividades) devidamente preenchida. O preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde (DPS) deverá ser realizado exclusivamente pelo potencial Segurado.

2.1.2.2. No seguro sobre a vida e a integridade física de terceiro, o Proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade da Apólice/Certificado individual, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do Segurado.

2.1.2.2.1. Presume-se o interesse legítimo mencionado na cláusula 2.1.2.2 quando o Segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do seguro celebrado.

2.1.2.3. As partes e os terceiros intervenientes na Apólice/Certificado individual, ao responderem ao Questionário de Análise de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

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

a) Pessoa Física:

- a.1) nome completo;
- a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/ME;
- a.3) em caso de estrangeiro, número de identificação, válido em todo território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição;
- a.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- a.5) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal;
- a.6) número de telefone e código DDD;
- a.7) estado civil;
- a.8) profissão;
- a.9) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e
- a.10) enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso.

b) Pessoa Jurídica:

- b.1) a denominação ou razão social;
- b.2) atividade principal desenvolvida;
- b.3) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; ou, no caso de empresa estrangeira, que não possui o registro no cadastro do CNPJ, serão admitidas outras formas de identificação com as devidas referências ao órgão registrador, incluindo o país em que está sediado;
- b.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- b.5) número de telefone e código de DDD;
- b.6) informações acerca da situação patrimonial e financeira;
- b.7) as informações do Item a para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores;
- b.8) as informações do Item a para beneficiários finais.

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

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

2.1.3.2. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

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

2.1.4.1. Aplica-se o mesmo prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para aceitação ou recusa de propostas de renovação não automática e alteração por endosso.

2.1.4.2. A Seguradora, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, poderá solicitar esclarecimentos, exames periciais e documentos complementares para análise e aceitação da Proposta. Neste caso, o referido prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente à data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

2.1.4.3. A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente, Tomador, Segurado, Estipulante ou ao representante legal de um ou de outro, e, adicionalmente, ao Corretor de Seguros, por escrito, acompanhada da respectiva justificativa.

2.1.4.4. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, previsto na Cláusula 2.1.4, caracterizará aceitação tácita da Proposta.

2.1.5. A emissão da Apólice/Certificado individual, do Endosso ou de qualquer outro documento comprobatório do contrato, bem como a entrega do respectivo documento ao contratante, será realizada em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de aceitação da Proposta.

2.1.5.1. A data de aceitação da Proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) A data da manifestação expressa pela Seguradora;
- b) A data de emissão da Apólice; ou
- c) A data de término do prazo previsto na cláusula 2.1.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

2.1.6. Na hipótese de apresentação de Proposta com pagamento antecipado de Prêmio, total ou parcial, o período de vigência da Apólice/Certificado individual será considerado iniciado a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, em cobertura provisória, até que a Seguradora aceite, ou não, o risco.

2.1.6.1. Fica estabelecido que a garantia provisória oferecida a partir do recebimento da Proposta com o adiantamento do Prêmio não obriga a Seguradora a aceitar definitivamente a referida Proposta.

2.1.6.2. Em caso de recusa da Proposta, a cobertura securitária permanecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu representante legal, ou o Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

2.1.6.3. Formalizada a recusa, o valor do adiantamento a que se refere a cláusula 2.1.6 deverá ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "*pro rata temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e do valor das despesas de contratação.

2.1.7. A Apólice/Certificado individual será considerada nula quando qualquer das partes souber, no momento de sua celebração, que o risco é impossível ou já se realizou.

2.1.7.1. Se o Segurado, Estipulante ou demais partes contratantes tiverem conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, contrata a Apólice/Certificado individual, pagará à outra o dobro do valor do prêmio.

2.1.8. Não há presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, DPS ou Questionário de Análise de Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na Cláusula 4.1. **OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.**

2.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO

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

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

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

2.2.2.2. A idade do Segurado, na data de contratação ou renovação do seguro, somada ao prazo da operação de crédito não poderá ser superior a 80 (oitenta) anos, 5 (cinco) meses e 29 (vinte e nove) dias, obedecidas as normas de subscrição da Seguradora.

2.2.3. Para os casos de contratação por pessoa jurídica, serão aceitos como Segurados os seus sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, constantes no contrato social, na data da adesão ao seguro, desde que estejam em condições normais de saúde e atendam os demais critérios de aceitação estabelecidos pela

Seguradora.

2.2.4. A contratação, alteração ou renovação não automática 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.

2.2.5. A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade, podendo ser compulsória ou facultativa.

2.2.6. As regras previstas na Cláusula 2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO e que não foram alteradas neste item 2.2, inclusive em relação aos prazos e documentos exigidos, se aplicam ao disposto nesta Cláusula.

2.3. CAPITAL SEGURADO

2.3.1. A modalidade de Capital Segurado deste plano de seguro é a de **Capital Segurado Vinculado**, modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da Obrigação, ou seja, igual ao saldo devedor da operação de crédito, conforme definido no Contrato de Seguro, e corresponde ao valor máximo da Indenização, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste e será informado na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice e no Certificado Individual.

2.3.2. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

2.3.3. Caso haja mais de um Proponente responsável pelo pagamento da Obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.

2.3.3.1. Em caso de Sinistro, o valor da Indenização deverá respeitar o percentual do Capital Segurado indicado na proposta para cada um dos Segurados, que por sua vez, deverá estar indicado nos Certificados Individuais.

2.3.3.2. Neste caso, o pagamento da Indenização referente a um ou mais Segurados não extingue a Obrigação, e o seguro será mantido para os demais, relativamente à Obrigação remanescente.

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

2.3.5. 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.

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

2.3.7. Os valores ora mencionados serão apurados na data do Evento Coberto, de acordo com as Condições Especiais das Coberturas contratadas e conforme modalidade de capital prevista neste plano.

2.3.8. Desde que expressamente definido na Apólice/Certificado Individual 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.

2.3.9. Não será devida Indenização para qualquer parcela da Obrigação vencida antes da data do Sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.

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

2.4. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

2.4.1. A vigência da Apólice coletiva estará estabelecida no Contrato de Seguro e na própria Apólice/Certificado individual, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas para tal fim.

2.4.1.1. 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.

2.4.1.2. 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.

2.4.2. Caso o Credor e o Segurado repactuem o prazo original do contrato relativo à Obrigação segurada, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, observando-se que:

2.4.2.1. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio correspondente ao período remanescente; e

2.4.2.2. Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora se manifestará no prazo de até 15 (quinze) dias da comunicação feita pelo Credor, sobre o seu interesse na extensão da Vigência do Seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos para a aceitação do risco.

2.4.3. A Apólice poderá ser renovada automaticamente por igual período, salvo se a Seguradora, mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias corridos antes do término da Vigência, comunicar por escrito ao contratante quanto ao seu desinteresse na renovação.

2.4.3.1. Caso a Seguradora não se manifeste no prazo de 30 (trinta) dias corridos da data de término da Vigência indicada na Apólice/Certificado individual, a Apólice/Certificado individual será automaticamente renovado por igual período.

2.4.3.2. O Segurado poderá recusar a contratação da Apólice/Certificado individual ou a sua renovação a qualquer tempo antes do início de sua vigência, mediante comunicação expressa à Seguradora ou pela simples ausência de pagamento da única ou da primeira parcela do prêmio.

2.4.3.3. A Apólice poderá não ser renovada de forma automática, por expressa desistência do Estipulante, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, contados da data do término da vigência da Apólice.

2.4.4. As renovações posteriores à primeira deverão ser formalizadas através do preenchimento de Proposta pelo Tomador, Segurado, seu representante legal, Estipulante e/ou Corretor de Seguros nos termos da Cláusula 2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO das Condições Gerais, com no mínimo 25 (vinte e cinco) dias corridos antes do término da Vigência da Apólice/Certificado individual.

2.4.4.1. Caso a Proposta de renovação seja enviada à Seguradora em desacordo com o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos antes do término da Vigência da Apólice/Certificado individual, a Seguradora poderá, em caso de aceitação da Proposta, fixar a data de início da Vigência da nova Apólice/Certificado individual diferentemente da data do término da Vigência do presente Seguro, hipótese em que não haverá cobertura no período compreendido entre o término da Vigência do presente Seguro e o início da Vigência da nova Apólice/Certificado individual.

2.4.4.2. A renovação da Apólice/Certificado individual estará condicionada à regularidade no pagamento dos prêmios e à inexistência de fatos ou circunstâncias que, a exclusivo critério da Seguradora, representem alteração significativa do risco originalmente assumido. A Seguradora poderá, ainda, condicionar a renovação à aceitação de modificações nas condições contratuais originalmente pactuadas.

2.4.4.3. A Apólice não será renovada caso o Estipulante não aceite as condições de reavaliação propostas pela Seguradora, para a manutenção do seguro.

2.4.5. A aceitação da Proposta de Contratação, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo Endosso.

2.4.5.1. O Endosso terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nele indicado.

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

2.4.7. Este Seguro é firmado por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice/Certificado individual na data de vencimento, observando-se o seguinte:

- a) Para as Apólices/Certificados individuais de seguro individuais sobre a vida e a integridade física vigentes há menos de 10 anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes do término da Vigência da Apólice; e
- b) Para as Apólices/Certificados individuais de seguro individuais sobre a vida e a integridade física renovadas sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio de no mínimo 90 (noventa) dias antes do término da Vigência da Apólice.

2.4.7.1. Em nenhuma das hipóteses acima será devida a devolução dos Prêmios pagos durante a vigência da Apólice/Certificado individual.

2.4.8. O término da vigência da Apólice/Certificado Individual, sem renovação válida, acarretará a cessação automática das coberturas securitárias, independentemente de aviso prévio, mantendo-se válidas as obrigações assumidas pelas partes até a data final de vigência.

2.5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

2.5.1. O início da Cobertura do Certificado Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora.

2.5.1.1. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento antecipado do Prêmio, o início da Cobertura do Certificado Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.

2.5.2. O prazo de vigência da Cobertura individual será equivalente ao prazo da operação de crédito com o Estipulante, conforme definido no Contrato de Seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da Apólice coletiva.

2.5.2.1. Quando o seguro for contratado na mesma data da contratação da operação de crédito, o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro ou da data de liberação do crédito, conforme definido no Contrato de Seguro, até a data de término da operação de crédito.

2.5.2.2. Quando o seguro for contratado em data posterior à contratação da operação de crédito o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro até a data de término da operação de crédito.

2.5.3. O prazo de vigência da Cobertura individual constará na Apólice, Certificado Individual ou proposta e seu início e término será às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

2.5.4. Nos casos em que a Obrigação perdurar por período indeterminado, o prazo de vigência deverá ser acordado entre as partes, obedecendo o disposto no item 2.5.3.

2.5.5. Os casos de renegociação da operação de crédito deverão ser comunicados imediatamente à Seguradora, através de nova Proposta de Adesão e estarão sujeitos à análise de aceitação da Seguradora, conforme definido no Contrato de Seguro.

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

2.5.7. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo Certificado Individual ao(s) Segurado(s).

2.6. CARÊNCIA

2.6.1. Poderão ser aplicadas Carências nas Coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas Condições

Especiais de cada Cobertura e na Apólice/Certificado individual.

2.6.2. O Beneficiário não terá direito ao recebimento do Capital Segurado quando o suicídio do Segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência do Seguro de vida.

2.6.2.1. Ocorrendo o suicídio no prazo de carência, é assegurado o direito à devolução do valor do prêmio pago, ou da reserva matemática, se houver.

2.6.3. O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da respectiva Cobertura individual de cada Segurado ou em relação ao valor do aumento do Capital Segurado ou da Cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do Contrato de Seguro. Nestas hipóteses, a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado ou à Cobertura incluída.

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

2.6.5. No caso de transferência do Grupo Segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de Carência para o(s) Segurado(s) já incluído(s) no seguro pela Apólice anterior.

2.6.6. Para eventos decorrentes de Acidente Pessoal não será aplicada Carência, ressalvada a hipótese prevista no item 2.6.2.

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

2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

2.7.1. A Apólice/Certificado individual contratada poderá ser rescindida a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes contratantes, desde que tal intenção seja comunicada por escrito e que haja concordância da outra parte. A comunicação deverá ser feita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de vencimento da próxima parcela do seguro, quando aplicável, a fim de evitar que tal parcela seja cobrada.

2.7.2. Na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, além dos emolumentos, o Prêmio, calculado de acordo com a Cláusula 5.2 PAGAMENTO DO PRÊMIO das Condições Gerais. Para os prazos não previstos na Cláusula, deverá ser utilizado o percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

2.7.3. Na hipótese de rescisão por iniciativa da Seguradora, será retida, além dos emolumentos, a fração do Prêmio proporcional ao tempo decorrido entre o início de Vigência e a data do efetivo cancelamento.

2.7.4. A Apólice/Certificado individual será automaticamente cancelada, sem direito à restituição de Prêmio, impostos ou emolumentos, nas seguintes hipóteses:

2.7.4.1. Por falta de pagamento do Prêmio, caso o Segurado não regularize a mora no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados da notificação enviada pela Seguradora comunicando-o sobre o prazo para regularização do pagamento, e suspensão da garantia vencido tal prazo, além da possibilidade de resolução da Apólice/Certificado individual após o período 90 (noventa) dias corridos após a notificação ao estipulante;

2.7.4.1.1. Nesta hipótese, será reduzida a Vigência proporcionalmente ao Prêmio pago pelo Segurado, tomando como base a Tabela de Prazo Curto da Cláusula 5.2. PAGAMENTO DO PRÊMIO, destas Condições Gerais.

2.7.4.1.2. O prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos previsto nesta cláusula terá início na data da frustração da notificação, sempre que o Segurado ou o Estipulante recusem seu recebimento ou, por qualquer razão, não forem encontrados no último endereço informado à Seguradora.

2.7.4.1.3. O cancelamento da Apólice/Certificado individual libera integralmente a Seguradora por Sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir de então.

2.7.4.1.4. O inadimplemento relativo à prestação única ou à primeira parcela do Prêmio, até a data de seu vencimento, caracteriza o não aperfeiçoamento da contratação do seguro, não sendo necessária qualquer notificação prévia ao Segurado para a constituição da mora ou para a produção de seus efeitos.

2.7.4.2. Quando houver fraude ou tentativa de fraude praticada pelo Segurado, seu Representante Legal, Tomador, Estipulante ou Beneficiário na contratação do seguro, durante a sua Vigência, ou, ainda, para obter ou para majorar a Indenização;

2.7.4.3. Na ocorrência de quaisquer das situações previstas na Cláusula 4.4. PERDA DE DIREITOS, salvo nos casos em que não haja má-fé e que a Seguradora opte pela continuidade do seguro;

2.7.4.4. Quando, na vigência da Apólice/Certificado individual, a Indenização ou soma das Indenizações pagas com referência a cada Sinistro atingir ou ultrapassar seu Limite Máximo de Garantia;

2.7.4.5. No final do prazo de vigência do Certificado Individual, se esta não for renovada;

2.7.4.6. Em caso de cancelamento da Apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;

2.7.4.7. Com a exclusão do Segurado da Apólice:

- a) pelo pagamento da Indenização por Morte;
- b) pelo pagamento da Indenização de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- c) pelo pagamento da Indenização de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- d) na data de fim de vigência da Cobertura individual, conforme originalmente contratada;
- e) na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.

2.7.4.8. Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

2.7.4.9. Com o esgotamento do Capital Segurado;

2.7.4.10. 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;

2.7.4.11. Com a transferência de titularidade da dívida ou compromisso assumido pelo Proponente junto ao Credor;

2.7.4.12. Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, devidamente comprovados;

2.7.4.13. Imediatamente se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 4.4. – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS.

2.7.5. Em caso de comunicação de relevante agravamento de risco, a seguradora poderá:

2.7.5.1. Cobrar a diferença de prêmio, no prazo de 20 (vinte) dias corridos da comunicação;

2.7.5.2. Cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao segurado, caso não seja tecnicamente possível garantir o novo risco. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado.

2.7.5.3. Resolvida a Apólice/Certificado individual em qualquer das hipóteses previstas na cláusula 2.7.5, o Segurado fará jus à devolução proporcional do Prêmio.

2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE

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

2.8.2. No caso de morte do Segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do Sinistro.

2.8.3. 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.

2.8.4. A Apólice/Certificado individual ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) A qualquer tempo, por mútuo acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitando o prazo de aviso prévio mínimo de 30 (trinta) dias;

b) No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer 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; e
- ii. Quando adotado o fracionamento do Prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o Prêmio calculado de acordo com o critério *Pro Rata Temporis*;

2.8.5. As regras previstas na Cláusula 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL que não são alteradas neste item, inclusive em relação aos prazos e causas de cancelamento, se aplicam ao disposto nesta Cláusula.

CLÁUSULA 3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS CONTRATADAS

3.1.1. As coberturas contratadas somente serão válidas quando estiverem expressamente indicadas na Apólice/Certificado individual e respeitadas todas as condições estabelecidas nestas Condições Gerais e Especiais/Particulares, quando presentes.

3.1.2. É facultado ao Estipulante escolher as Coberturas do Seguro, aplicáveis a todo Grupo Segurado, respeitando as regras de Conjugação de planos indicadas nesta cláusula. O conjunto das Coberturas contratadas deverá ser identificado na Proposta de Contratação, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das Coberturas básicas relacionadas abaixo:

3.1.2.1. Coberturas Básicas

- a) Morte – M.

3.1.2.2. Coberturas Adicionais

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.
- b) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A.

3.1.3. As Coberturas Adicionais previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice do seguro, mediante pagamento de prêmio adicional.

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

3.2. EXCLUSÕES GERAIS

3.2.1. Não estão cobertos, por quaisquer das coberturas deste Seguro, todos os riscos, prejuízos ou gastos que se verificarem, direta ou indiretamente, em decorrência de:

- a) 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 pelo trabalho, pela utilização de meio de transporte mais arriscado, se decorrente de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) 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 medicamentos de

- c) forma contínua ou tratamento em regime hospitalar prescritos por médicos cujos efeitos persistam até a data de contratação do seguro e não tenham sido declarados na proposta de adesão e/ou declaração pessoal de saúde e/ou atividade;
- d) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo oficialmente declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, a febre aftosa, a malária, a dengue, a meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- e) tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências, ocorridos antes de completados 2 (dois) anos ininterruptos de vigência do seguro, contados do início de vigência da respectiva cobertura individual de cada segurado ou da solicitação de aumento de capital segurado ou, ainda, da solicitação de inclusão de cobertura. nestas hipóteses, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado ou à cobertura incluída;
- f) 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;
- g) intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- h) 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;
- i) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa ou estado de necessidade;
- j) causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;
- l) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem do trabalho, 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;
- m) atos dolosos, praticados pelo segurado ou seu representante, decorrentes de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, que representem nexos causal com o evento gerador do sinistro.
- n) quaisquer danos, perdas ou responsabilidades decorrentes de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparada ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Estipulante, pelo Beneficiário, pelo Credor ou por seus representantes legais. No caso de Segurado pessoa jurídica, compreendem-se igualmente os atos praticados por seus sócios controladores, dirigentes, administradores legais, subcontratados, beneficiários e respectivos representantes legais;
- o) qualquer perda, destruição ou dano a bens materiais, prejuízo, responsabilidade legal ou despesa emergencial de qualquer natureza causados por fissão nuclear, radiações ionizantes, contaminação radioativa de combustível nuclear, resíduos nucleares ou materiais de armas nucleares, inclusive em testes, experiências, transporte ou explosão nuclear, bem como por exposição a quaisquer radiações nucleares ou ionizantes.

3.3. EMBARGOS E SANÇÕES

3.3.1. Para fins desta cláusula, consideram-se “Embargos e Sanções” quaisquer medidas, restrições ou proibições, de natureza legal, administrativa ou regulatória, impostas por legislação nacional ou internacional, organismos multilaterais (como a ONU e o FATF-GAFI), ou por autoridades governamentais de outras jurisdições reconhecidas (como Estados Unidos, Reino Unido ou União Europeia), que limitem ou impeçam operações comerciais, financeiras ou contratuais envolvendo jurisdições, pessoas físicas ou jurídicas, bens ou mercadorias, em razão do combate à lavagem de dinheiro, ao financiamento ao terrorismo ou a outras medidas de restrição internacionalmente reconhecidas.

3.3.2. Incluem-se, para os fins desta cláusula, as sanções previstas na legislação brasileira, em listas oficiais de embargos, ou em normas e resoluções aplicáveis à jurisdição da Apólice/Certificado individual, ao Segurado ou ao Beneficiário, ao local do Sinistro ou destino do pagamento. A título exemplificativo:

3.3.2.1. Organização das Nações Unidas – ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>.

3.3.2.2. Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>.

3.3.2.3. Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>.

3.3.2.4. Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <https://www.gov.br/susep/pt-br/assuntos/cidadao/pldftp/o-grupo-de-acao-financeira-gafi-fatf>.

3.3.3. As coberturas da Apólice/Certificado individual não terão efeito enquanto o Segurado, Beneficiário, objeto segurado ou local do Risco estiverem sujeitos a sanções ou embargos, identificados no momento do Sinistro.

3.3.4. O pagamento de indenizações será automaticamente suspenso desde a data de inclusão do Segurado, Beneficiário ou objeto do seguro em listas de sanções e embargos, sendo restabelecido apenas a partir das 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à sua exclusão da referida lista.

3.3.5. Eventuais sanções de indisponibilidade de bens, conforme Lei nº 13.810/2019 e alterações posteriores, também autorizam a suspensão de qualquer pagamento.

3.3.6. O Segurado perderá o direito a indenizações ou reembolsos se, no momento do Sinistro, praticar ato doloso relacionado ao evento e vinculado a sanções ou embargos.

3.3.7. Constitui agravamento de risco o silêncio doloso quanto à existência de restrições decorrentes de sanções e embargos, sujeitando o Segurado às disposições da Cláusula 4.4. – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS previstas nestas Condições Gerais.

3.3.8. A suspensão de direitos, coberturas e obrigações da Seguradora perdurará enquanto vigentes as restrições ou sanções aplicáveis, sendo a cobertura automaticamente restabelecida a partir das 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à exclusão da restrição, ou mediante decisão judicial cabível.

3.3.9. As listas de sanções e embargos mencionadas nesta cláusula podem ser atualizadas a qualquer tempo pelas autoridades competentes, sendo automaticamente aplicáveis, para os fins destas Condições Contratuais, suas versões mais recentes.

CLÁUSULA 4. DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

4.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

4.1.1. Sob pena de perder o direito a qualquer indenização, na forma da Cláusula 4.4. – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS e das demais disposições destas Condições Contratuais, o Segurado, por si ou por seu representante legal, obriga-se a:

4.1.1.1. prestar à Seguradora todas as informações necessárias à Aceitação do Risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio;

4.1.1.2. dar ciência à Seguradora acerca da contratação, cancelamento ou rescisão de qualquer outro Seguro referente aos mesmos riscos previstos na Apólice/Certificado individual;

4.1.1.3. comunicar à Seguradora, de imediato, todo e qualquer fato suscetível de agravar o Risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé;

4.1.1.4. dar imediato aviso à Seguradora, por escrito, de todo e qualquer Sinistro, bem como de qualquer evento que possa vir a se caracterizar como tal, indenizável ou não, nos termos destas Condições Contratuais, tão logo dele tome conhecimento;

4.1.1.5. em caso de sinistro, tomar as providências necessárias, úteis e ao seu alcance para evitar e/ou minorar os danos causados, bem como para preservar os bens segurados não atingidos ou remanescentes do Sinistro, não podendo abandoná-los total ou parcialmente, conforme disposto na Cláusula 6.1 – COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO;

4.1.1.6.1. Não estão cobertas as quantias devidas e/ou despendidas pelo Segurado para reparar, evitar e/ou minorar danos de qualquer espécie, decorrentes de riscos excluídos / não cobertos, conforme disposto na cláusula 3.2. EXCLUSÕES GERAIS.

4.1.1.6. manter inalterado o local do Sinistro, bem como qualquer elemento relacionado ao Sinistro;

4.1.1.6.1. O descumprimento culposo deste dever implica na obrigação ao Segurado de suportar as despesas acrescidas para a regulação e liquidação do Sinistro;

4.1.1.6.2. O descumprimento doloso exonera a Seguradora do dever de indenizar ou pagar qualquer Indenização sob a Apólice/Certificado individual.

4.1.1.7. instruir o aviso de sinistro com todos os documentos comprobatórios da causa, natureza e extensão da perda ou dano sofrido, incluindo, mas não se limitando à relação dos bens sinistrados, dos Salvados, estimativa dos prejuízos, data, hora e causas prováveis do Sinistro, terceiros envolvidos (se o caso), bem como toda e qualquer informação relevante para o entendimento e regulação do sinistro pela seguradora;

4.1.1.8. dar assistência à Seguradora e cooperar com a Regulação do Sinistro, fornecendo todas as informações e documentos solicitados, bem como autorizar a realização das diligências necessárias para apuração da causa e extensão dos danos;

4.1.1.9. comunicar por escrito à Seguradora, até o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos da sua ocorrência, os seguintes fatos: I. a venda, alienação ou cessão dos bens segurados; II. penhor ou qualquer outro ônus sobre os bens segurados; e III. quaisquer modificações nos bens segurados estabelecidos na Apólice/Certificado individual.

4.1.1.10. cumprir as obrigações previstas nos itens anteriores, sem prejuízo dos demais deveres estabelecidos nestas Condições Contratuais, incluindo, entre outros, o pagamento tempestivo do Prêmio (Cláusula 5.2) e a colaboração com a Seguradora durante o processo de regulação do sinistro (Cláusula 6).

4.1.2. O Segurado, por si ou por seu representante legal, é obrigado, ainda, a:

4.1.2.1. manter atualizados seus dados cadastrais, bancários e de contato perante a Seguradora, comunicando prontamente qualquer alteração que possa impactar a comunicação, a regulação de sinistros ou o pagamento de indenizações. A Seguradora não se responsabilizará por pagamentos efetuados com base em informações incorretas ou desatualizadas fornecidas pelo Segurado ou por seu representante, nem estará obrigada a repetir o pagamento.

4.1.2.2. guardar, pelo prazo prescricional aplicável, os documentos necessários à apuração do sinistro ou à comprovação do interesse segurado, incluindo, mas não se limitando a, notas fiscais, laudos técnicos e relatórios de manutenção.

4.1.4. Além das obrigações desta cláusula, o Segurado, em caso de evento coberto, deverá cumprir as instruções determinadas nas Condições de cada cobertura.

4.2. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

4.2.1. O Estipulante deverá cumprir todas as obrigações e deveres estabelecidos nestas Condições Contratuais, exceto aqueles que por sua natureza devam ser cumpridos pelo Segurado ou pelo Beneficiário.

4.2.2. O Estipulante declara possuir vínculo jurídico anterior e não exclusivamente securitário com o grupo de pessoas em proveito do qual contrata o seguro. A ausência desse vínculo implicará na consideração do seguro como individual.

4.2.3. O Estipulante representa os Segurados e os Beneficiários durante a formação e a execução da Apólice/Certificado individual, respondendo integralmente por seus atos e omissões perante estes e a Seguradora.

4.2.4. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) obriga-se a:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e Aceitação do risco e a Regulação do Sinistro, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais completos e atualizados do grupo segurado;
- b) Assegurar que o documento de adesão ao seguro seja preenchido pessoal e integralmente pelos respectivos Segurados ou Beneficiários, responsabilizando-se pela coleta e guarda dessas informações. A Seguradora presumirá, para todos os efeitos, que os dados constantes do documento de adesão refletem fielmente as declarações pessoais dos aderentes;
- c) Manter a Seguradora informada sobre quaisquer alterações nos dados cadastrais dos Segurados, mudanças na natureza do risco coberto, assim como comunicar de imediato a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento;
- d) Prestar, no momento da adesão, informações prévias, claras e adequadas aos Segurados sobre as condições contratuais do seguro, incluindo as cláusulas que limitem direitos ou estabeleçam obrigações;
- e) Fornecer aos Segurados, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas à Apólice/Certificado individual de seguro;
- f) Discriminar o valor do Prêmio do seguro e a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco nos instrumentos de cobrança e demais documentos ou comunicações emitidos para os Segurados, quando estiver sob sua responsabilidade;
- g) Repassar os prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos;
- h) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice/Certificado individual, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
- j) Informar com destaque aos Segurados ou Beneficiários nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato de Seguro as quantias eventualmente recebidas pelos serviços prestados como estipulante;
- k) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- m) 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;
- n) Cumprir todas as cláusulas e condições contratuais.

4.2.5. O Estipulante deverá, ainda, cumprir as seguintes condutas:

- a) observar padrões éticos elevados nas relações com agentes públicos e privados, comprometendo-se a cumprir todas as normas legais e regulatórias aplicáveis ao seguro e às suas atividades;
- b) não empregar mão de obra infantil, nem submeter pessoas a condições de trabalho degradantes ou

desumanas;

c) cumprir a legislação ambiental vigente, incluindo, entre outras, a Lei Federal nº 12.305/2010 (Política Nacional de Resíduos Sólidos) e a Lei nº 9.605/1998 (Lei de Crimes Ambientais); e

d) adotar práticas de prevenção à lavagem de dinheiro e à corrupção, incluindo mecanismos de controle e monitoramento, quando aplicável.

4.2.6. Sem prejuízo de outras obrigações previstas em norma vigente, a Seguradora está obrigada a:

a) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade Seguradora de Prêmios recolhidos pelo Estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;

b) informar ao Segurado a situação de adimplência do estipulante ou Subestipulante (se houver) sempre que solicitado; e

c) prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao adequado acompanhamento do plano de Seguro.

4.2.7. Nos seguros contributários, o não-repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

4.2.8. O estipulante poderá substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas da Apólice/Certificado individual.

4.2.9. É expressamente vedado ao Estipulante ou Subestipulante (se houver):

a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;

b) modificar, de forma que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, ou rescindir a Apólice/Certificado individual 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 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 tais produtos.

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

4.3. BENEFICIÁRIOS

4.3.1. O Beneficiário do Seguro será o Credor, a quem deverá ser paga a Indenização, no valor a que tem direito em decorrência da Obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do Evento Coberto e limitado ao Capital Segurado contratado.

4.3.2. A diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto, se houver, deverá ser paga ao segundo Beneficiário indicado, em caso de morte do Segurado, ou ao próprio Segurado, no caso de Evento Coberto.

4.3.2.1. Nos casos em que o seguro for contratado por pessoa jurídica, o Segurado figurará exclusivamente como segundo Beneficiário para recebimento de eventual diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto.

4.3.3. Para a quitação do saldo devedor junto ao Estipulante será considerado o valor devido na data do pagamento da Indenização, respeitado o Capital Segurado contratado.

4.3.4. Nos casos de operações de crédito com mais de um mutuário/titular-solidário – para as Apólices que prevejam esta possibilidade no Contrato de Seguro, a Cobertura cobrirá somente o saldo devedor de responsabilidade do Segurado, diretamente proporcional ao número de titulares responsáveis pela dívida ou conforme estabelecido em contrato, na data

do Aviso de Sinistro.

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

4.3.5. Na falta de indicação expressa de segundo Beneficiário, ou se por algum motivo não prevalecer a que for feita, será distribuído aos beneficiários legais.

4.3.6. O(s) segundo(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo Segurado, bastando o encaminhamento à Seguradora de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos Beneficiários.

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

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

4.3.6.3. Para efeito desse seguro, o(a) Companheiro(a) será equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o Segurado era solteiro, viúvo, separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

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

4.3.8. Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer Comoriência.

4.3.8.1. 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 da legislação aplicável.

4.3.9. 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 na legislação aplicável.

4.3.10. Não será válida a indicação ou substituição de Beneficiário por procuração ou por termo de curatela.

4.3.11. Ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de sinistro, além do Segurado, o Beneficiário, para preservar os direitos decorrentes da Apólice/Certificado individual e evitar prejuízos desnecessários, deve avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções para a contenção ou o salvamento, sendo que o descumprimento doloso será causa para a perda total do direito à Indenização.

4.3.11.1. O descumprimento culposos dos deveres estabelecidos nessa cláusula pelo Beneficiário resulta na redução da Indenização em valor equivalente aos prejuízos efetivamente causados à Seguradora pela omissão ou negligência.

4.3.12. É vedado ao Beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao Sinistro, sendo que o descumprimento doloso dessa cláusula exonera a Seguradora do dever de indenizar.

4.3.12.1. O descumprimento culposos do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro.

4.3.13. O Beneficiário é obrigado, ainda, a cumprir, no que couber, os demais deveres atribuídos aos Segurados nestas Condições Contratuais, incluindo, entre outros, o dever de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que solicitado pela Seguradora.

4.4. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS

4.4.1. Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições deste seguro, o Segurado ou Beneficiário perderá o direito a qualquer Indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas incorridas pela Seguradora, se:

- a) agravar intencionalmente e de forma relevante o Risco objeto da Apólice/Certificado individual de seguro;**
- b) deixar de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice/Certificado individual e nestas Condições Contratuais;**
- c) o Sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro. Nos casos de seguros contratados por pessoas jurídicas, esta previsão aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;**
- d) o Segurado, seu representante legal, Estipulante ou Corretor de Seguros fizer declarações inexatas, ou omitir circunstâncias que possam influir na Aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.**

d.1) Se a inexatidão ou omissão nas declarações resultar de descumprimento culposo do Segurado, a Seguradora, a seu exclusivo critério, poderá:

(i) Cancelar o seguro, se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ficando o Segurado obrigado ao pagamento das despesas efetuadas pela Seguradora;

(ii) Permitir a continuidade do seguro, mediante redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas; ou

(iii) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível, desde que mediante acordo expresso e por escrito entre as partes, hipótese esta aplicável exclusivamente se a correção das informações ocorrer antes da ocorrência do sinistro.

d.2) Se a inexatidão ou omissão nas declarações resultar de descumprimento doloso do Segurado, importará em perda da garantia do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

e) o Segurado e/ou Credor/Beneficiário deixar dolosamente de comunicar à Seguradora, logo que saiba, de todo e qualquer incidente suscetível de agravar de forma relevante o Risco coberto.

e.1) Se se tratar de omissão culposa, a Seguradora, a seu exclusivo critério, poderá:

(i) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível; ou

(ii) cancelar a Apólice/Certificado individual se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, hipótese em que o seguro perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução; ou

(iii) nos casos de seguros sobre a vida e a integridade física, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível.

e.2) Caracteriza uma relevante alteração de risco, entre outras, ocorrências como: mudanças de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão juntamente com a declaração pessoal de saúde e/ou atividades.

f) o Segurado praticar, por qualquer meio, ato de simulação, fraude ou má-fé;

g) o Segurado, por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos do seguro a que se refere a Apólice;

- h) o Segurado ou Beneficiário se recusar a apresentar todas as informações de que disponha sobre o Sinistro, suas causas e consequências, para o correto esclarecimento do fato ocorrido;
- i) o Segurado ou Beneficiário não tomar todas as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar os efeitos resultantes de um Sinistro;
- j) o Segurado/Beneficiário deixar de comunicar à Seguradora a ocorrência de Sinistro ou expectativa de Sinistro, logo que o saiba, e deixar de seguir eventuais instruções da Seguradora para a contenção e salvamento; nessa e nas hipóteses previstas nas letras “g”, “h” e “i” deste item, o descumprimento culposo implicará a perda do direito à Indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

4.4.2. Esta cláusula deve ser interpretada em conjunto com as demais disposições destas Condições Contratuais, especialmente aquelas relativas a Embargos e Sanções (Item 3.4), Obrigações do Segurado (Item 4.1), Obrigações do Estipulante (Item 4.2), Beneficiários (Item 4.3), Sub-rogação de Direitos do Segurado à Seguradora (Item 4.5), Pagamento do Prêmio (Item 5.2) e Sinistro e Regulação (Item 6).

4.5. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS DO SEGURADO À SEGURADORA

4.5.1. Quando pagos, os capitais segurados devidos em razão de morte ou de perda da integridade física não implicam sub-rogação.

CLÁUSULA 5. PAGAMENTO DO SEGURO

5.1. CUSTEIO DO SEGURO

5.1.1. A forma de custeio do seguro será contributária, ou seja, aquele em que o Segurado paga total ou parcialmente o Prêmio do seguro.

5.1.2. A responsabilidade pelo recolhimento e pela quitação dos Prêmios devidos, será sempre do Estipulante.

5.2. PAGAMENTO DO PRÊMIO

5.2.1. O Prêmio poderá ser pago à vista ou parcelado, por meio de rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei e disponibilizadas pela Seguradora, conforme acordado entre as partes no momento da contratação e disposto na Apólice/Certificado individual de seguro.

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

5.2.1.1.1. Se o Segurado, seu representante, ou o Corretor que eventualmente intermediar a operação, não receberem o documento de cobrança, seja do Prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas, quando fracionado, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento, deverão ser solicitadas à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data limite.

5.2.1.1.2. A periodicidade de pagamento do Prêmio será determinada na Apólice/Certificado Individual e poderá ser em parcela única ou fracionada. Quando o pagamento for na forma parcelada, poderá ser nas periodicidades: mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual. A opção de periodicidade será conforme definida Apólice/Certificado Individual.

5.2.1.2. A data limite para o pagamento do Prêmio à vista, ou de sua primeira parcela, será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.

5.2.1.3. Em caso de fracionamento do Prêmio, a data de vencimento da última parcela não ultrapassará o término de Vigência da Apólice.

5.2.1.4. Quando a data limite para o pagamento do Prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

5.2.1.4.1. Os pagamentos dos Prêmios obedecerão às disposições vigentes, não sendo admitida, sob qualquer hipótese, a sua compensação com Sinistros pendentes, renunciando expressamente o Estipulante a esta compensação, de acordo a lei aplicável.

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

5.2.1.6. No Prêmio fracionado, não haverá cobrança de qualquer valor adicional a título de custo administrativo, ressalvada, entretanto, a possibilidade de cobrança de encargos financeiros.

5.2.1.6.1. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

5.2.1.7. Caso ocorra um Sinistro enquanto estiver em curso o prazo de pagamento do Prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele tenha sido efetuado, o direito à Indenização não ficará prejudicado.

5.2.1.7.1. Quando o pagamento da Indenização acarretar o cancelamento da Apólice, as parcelas vincendas do Prêmio deverão ser deduzidas do valor da Indenização, excluídos os juros do fracionamento.

5.2.1.8. Não haverá devolução ou resgate de prêmios no seguro, respeitada a vigência dos prêmios pagos, em caso de não renovação ou cancelamento da apólice.

5.2.1.9. Os tributos incidentes sobre o valor do Prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

5.2.2. O inadimplemento relativo à prestação única ou à primeira parcela do Prêmio, até a data de seu vencimento, caracteriza, em qualquer hipótese, o não aperfeiçoamento da contratação do seguro, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial.

5.2.3. Fica vedado o cancelamento da Apólice/Certificado individual de seguro cujo Prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixe de pagar o financiamento.

5.2.4. No caso de fracionamento do Prêmio, se configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira:

5.2.4.1. Haverá cobrança de multa equivalente a 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez, e juros legais, nos termos do item 5.3.1. da Cláusula 5.3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS;

5.2.4.2. O prazo de Vigência será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, observado o período estabelecido na Tabela de Prazo Curto abaixo, sendo que, para os percentuais não previstos na referida Tabela, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores:

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

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em dias	% do Prêmio
270/365	85	330/365	95
285/365	88	345/365	98
300/365	90	365/365	100

5.2.4.3. A Seguradora enviará notificação ao Segurado, seu representante legal ou Estipulante:

- a) comunicando o atraso no pagamento do Prêmio e o prazo de Vigência ajustado;
- b) concedendo prazo de 15 (quinze) dias para purgação da mora, sob pena de suspensão da garantia contratual; e
- c) advertindo sobre a possibilidade de cancelamento da Apólice/Certificado individual, caso o inadimplemento persista por mais de 30 (trinta) dias após a suspensão ou 90 (noventa) dias nos casos de seguros coletivos sobre a vida e a integridade física.

5.2.5. Restabelecido o pagamento do Prêmio, acrescido dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de Vigência, ficará automaticamente restaurado o prazo de Vigência original da Apólice.

5.2.6. Findo o prazo de 30 (trinta) dias corridos informado na notificação a que se refere a cláusula 5.2.4.3, a Apólice/Certificado individual será cancelada, nos termos da Cláusula 2.7. **RESCISÃO E CANCELAMENTO**, independentemente de nova comunicação ou interpelação judicial ou extrajudicial, e a Seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do término do prazo de Vigência ajustado.

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

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

5.3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

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

5.3.2. Dado que os Capitais Segurados são estabelecidos a partir do valor da dívida do segurado na data de ocorrência do evento gerador da Indenização, os valores de Capitais Segurados e Prêmios acompanharão o valor do saldo devedor assumido pelo Segurado junto ao Estipulante e serão recalculados na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração no saldo devedor da dívida.

5.3.3. O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IPCA/IBGE, ou, no caso de sua extinção, o IGPM/FGV, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

5.3.4. O índice de juros aplicado será de 1% (um por cento) ao mês acrescido de atualização monetária pelo índice IPCA/IBGE.

5.3.5. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios, quando aplicável, far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores da Apólice/Certificado individual.

5.3.6. Para fins dessa cláusula, a data de exigibilidade será apurada conforme abaixo especificado:

- a) Na hipótese de cancelamento da Apólice/Certificado individual, a obrigação de devolver o Prêmio se materializará no dia do recebimento da solicitação de cancelamento da Apólice/Certificado individual ou na data de seu efetivo cancelamento, quando este fato ocorrer por iniciativa da Seguradora. Não sendo cumprido este prazo, os valores devidos serão atualizados monetariamente pela variação positiva do índice estabelecido nesta cláusula.
- b) No caso de recusa da Proposta, a devolução do Prêmio - integral ou deduzido da parcela "*pro rata temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória - será atualizada monetariamente a contar da data de recebimento do respectivo Prêmio, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias previsto na Cláusula 2.1. - ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO. A aplicação de atualização monetária prevista nesta cláusula incidirá a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para devolução do Prêmio até a data da efetiva restituição pela Seguradora.
- c) No caso de recebimento indevido de Prêmio pela Seguradora, o valor será atualizado monetariamente a contar da data de recebimento.
- d) No caso de atraso no pagamento do Prêmio, o valor será atualizado monetariamente a partir da data de vencimento da parcela até a data do seu efetivo pagamento, sendo devidos, ainda, os encargos previstos na cláusula 5.2. - PAGAMENTO DE PRÊMIO.

5.3.7. Na hipótese de descumprimento do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias corridos para o pagamento da Indenização securitária, contado da data em que o último documento pendente tiver sido entregue de forma adequada à Seguradora, haverá incidência de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, além de correção monetária e juros legais a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da Indenização. Nenhuma atualização da Indenização securitária será devida no caso de cumprimento do prazo previsto para o pagamento da respectiva obrigação.

5.4. RECÁLCULO DOS VALORES

5.4.1. Os Capitais Segurados, quando da contratação do seguro, poderão representar múltiplos de valores pré-definidos (salários, mensalidades escolares ou associativas, etc.) ou saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos Segurados e poderão, também, ser recalculados no mínimo mensalmente e no máximo a cada 12 (doze) meses, desde que o recálculo esteja previsto na Proposta de Contratação, no Contrato de Seguro, na Apólice e no Certificado Individual.

5.4.2. O recálculo dos Capitais Segurados visa à adequação dos mesmos aos termos acordados com o Estipulante, Subestipulante e Segurado.

5.4.3. Quando os Capitais Segurados representarem múltiplos de valores pré-definidos, os respectivos Prêmios serão simultaneamente recalculados.

5.4.4. Quando os Capitais Segurados representarem saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos Segurados, os Prêmios poderão ser previamente definidos sem a necessidade de recálculo futuro, baseados no Capital Segurado médio do período de Cobertura, ou ser recalculados na mesma periodicidade dos capitais.

5.4.5. Constará no contrato de seguro se será aplicado o critério de atualização dos Prêmios e dos Capitais Segurados, conforme Cláusula 5.3 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, ou o critério de recálculo dos valores, conforme o item 5.4.3.

5.5. REENQUADRAMENTO DAS TAXAS

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

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

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

CLÁUSULA 6. SINISTRO E REGULAÇÃO

6.1. COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO

6.1.1. Ocorrendo um Sinistro, o Segurado, o Beneficiário, ou representante legal de um ou de outro, deverá comunicar imediatamente a Seguradora, fornecendo, nessa oportunidade, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências. A comunicação deverá observar o disposto na Cláusula 4.1 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO e na Cláusula 4.3 – BENEFICIÁRIOS, bem como ser acompanhada dos documentos básicos previstos nesta cláusula e da documentação adicional prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

6.1.2. O Segurado, o Beneficiário ou o respectivo representante legal de um ou de outro deverá, ainda, cumprir integralmente os deveres previstos na Cláusula 4.1 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO e na Cláusula 4.3 – BENEFICIÁRIOS, nos termos ali estabelecidos. Dentre tais deveres no âmbito da regulação do sinistro, incluem-se:

- adotar providências necessárias e úteis para evitar ou reduzir os danos e preservar os bens não atingidos ou remanescentes do Sinistro;
- manter inalterado o local do Sinistro e os elementos a ele relacionados;
- comunicar, logo que o saiba, o Sinistro ou expectativa de sinistro, e apresentar tempestivamente documentos que comprovem sua causa, natureza e extensão, incluindo relação de bens, salvados, estimativa de prejuízos e terceiros envolvidos, se houver; e
- dar assistência à Seguradora e cooperar com a Regulação do Sinistro, fornecendo todas as informações e documentos solicitados, bem como autorizando a realização de vistorias, perícias ou outras diligências necessárias para apuração da causa e extensão dos danos.

6.1.2.1. O descumprimento dos deveres previstos nesta cláusula 6.1.2 poderá acarretar as seguintes consequências, conforme o grau de culpabilidade da conduta envolvida e a natureza da infração:

- Se o descumprimento for doloso, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento da indenização securitária e de quaisquer valores a ela relacionados, independentemente do prejuízo apurado, sem prejuízo do direito à cobrança do prêmio eventualmente devido e ao ressarcimento

das despesas em que tiver incorrido;

b) Se o descumprimento for culposo, ocorrerá a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

c) No caso específico de alteração do local do Sinistro ou de quaisquer elementos a ele relacionados, o descumprimento culposo sujeitará o Segurado ao pagamento das despesas adicionais de regulação e liquidação do sinistro, enquanto o descumprimento doloso exonerará integralmente a Seguradora do dever de indenizar.

6.1.3. O Segurado, o Beneficiário ou o representante legal de um ou de outro deverá fornecer à Seguradora os documentos básicos necessários à Regulação do sinistro, conforme a **documentação prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s)**.

6.1.3.1. Os documentos deverão ser apresentados de forma individualizada, em cópias legíveis, e com identificação precisa de seu conteúdo por meio de título ou nome do arquivo correspondente. Somente serão considerados recebidos e aptos à análise aqueles documentos entregues em conformidade com estes requisitos formais.

6.1.3.2. Os documentos apresentados para fins de Regulação do Sinistro serão utilizados pela Seguradora para a liquidação do sinistro, salvo necessidade de informação complementar devidamente justificada.

6.1.4. Caso a documentação apresentada no Aviso de sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do sinistro.

6.1.5. 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.

6.1.5.1. 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.

6.1.6. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares, ainda que não previstos entre os documentos básicos dispostos na cláusula 6.1.3.

6.1.6.1. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por no máximo 2 (duas) vezes, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

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

6.1.6.3. Nos sinistros relacionados a seguros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez.

6.1.6.4. A não entrega dos documentos solicitados em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da regulação do sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

6.1.7. 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 atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o Sinistro, sem prejuízo do pagamento da Indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido

instaurado.

6.2. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.2.1. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário, ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações a que se refere a Cláusula 6.1.3.1, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice/Certificado individual, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

6.2.2. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação e a liquidação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos previstos na Apólice e daqueles necessários para prova da identificação e legitimidade do interessado, além de outros documentos ordinariamente em poder do interessado.

6.2.3. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.

6.2.4. Encerrada a Regulação do sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) dias previsto nesta Cláusula.

6.2.4.1. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

6.2.4.2. Em todo caso, na justificativa para não pagamento da indenização a seguradora não entregará documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros.

6.2.5. Sempre que possível, a Regulação e a liquidação do Sinistro serão realizadas simultaneamente. Nesta hipótese, apurada a ocorrência do Sinistro coberto e de quantias parciais comprovadas a pagar, a Seguradora poderá efetuar os respectivos adiantamentos, concluindo a liquidação no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento do último documento para comprovação de eventuais valores parciais incorridos.

6.2.6. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora indenizará o montante dos prejuízos regularmente apurados, respeitado o Limite Máximo de Indenização contratado para cada cobertura, obedecendo-se aos critérios de cálculo de indenização indicados nestas Condições Contratuais. A indenização, em qualquer hipótese, não poderá exceder o valor da garantia, ainda que o valor do interesse lhe seja superior.

6.2.6.1. O limite máximo de indenização para cada cobertura deste seguro corresponderá ao valor determinado na Apólice/Certificado individual, o qual poderá ser alterado a qualquer tempo durante a vigência do contrato, mediante solicitação escrita do segurado, ficando a critério da seguradora a aceitação e alteração do prêmio, quando couber.

6.2.6.2. Na ocorrência de Sinistro, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado.

6.2.6.3. 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.

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

6.2.7. O segurado deverá apresentar à Seguradora, na forma do disposto na Cláusula 4.1 - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO, todos os documentos para a quantificação dos valores devidos previstos no Item 6.1 – COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

6.2.8. 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 Coberto.

6.2.9. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do Evento Coberto.

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

6.2.10. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da invalidez ou incapacidade física do 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.

6.2.10.1. 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 que tiver designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

6.2.10.2. 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.

6.2.10.3. 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.

6.2.11. 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.

6.2.12. O Segurado ou Estipulante, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a efetuar visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e realizar exames físicos e complementares, observados os termos da Cláusula 7.1. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu Médico Assistente.

6.2.13. Uma vez cumprida pelo Segurado a obrigação de fornecer todos os documentos e informações necessários, realizada a regulação, reconhecida a cobertura e fixada a Indenização devida, a Seguradora efetuará o pagamento da importância a que estiver obrigada no prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias corridos, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

6.2.13.1. O não pagamento da Indenização no prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias corridos ensejará a aplicação de juros legais, bem como atualização monetária e multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, conforme disposto na Cláusula 5.3. – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

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

6.2.14.1. A seguradora não responderá pelos efeitos manifestados durante a vigência da Apólice/Certificado individual quando decorrentes de sinistro anterior.

6.2.15. Em qualquer caso, independentemente do valor dos prejuízos, a Indenização não poderá ultrapassar o Limite Máximo de Indenização por cobertura, nem o Limite Máximo de Garantia fixados na Apólice/Certificado individual.

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

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

CLÁUSULA 7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

7.1.1. O Segurado, seu representante legal e demais envolvidos na Apólice/Certificado individual, como Beneficiários, Cônjuges e/ou Tomadores (denominados, individual ou conjuntamente, “Cliente”), reconhecem e concordam que, ao fornecerem seus dados pessoais para a contratação deste seguro, tais dados poderão ser tratados pela Seguradora para as seguintes finalidades:

- a) fornecer cotações, informações e condições relacionadas à contratação dos serviços da Seguradora;
- b) analisar o risco e concluir a contratação do seguro;
- c) executar as obrigações decorrentes do contrato, como o pagamento de indenizações, prestação de serviços de assistência e demais coberturas previstas na Apólice/Certificado individual;
- d) prevenir e combater fraudes;
- e) transmitir informações relacionadas ao andamento de solicitações ou serviços contratados, como abertura e acompanhamento de sinistros, endossos, cancelamentos, entre outros;
- f) ofertar novos produtos e serviços compatíveis com o perfil do Cliente, inclusive por meio de comunicações automatizadas, respeitado o direito de oposição ou descadastramento;
- g) avaliar o desempenho dos serviços prestados, realizar pesquisas, análises estatísticas e desenvolver ou aperfeiçoar produtos e soluções;
- h) realizar ações de marketing e publicidade em plataformas digitais, incluindo redes sociais, respeitadas as configurações de privacidade definidas pelo titular;
- i) tratar dados coletados automaticamente por meio de cookies ou tecnologias similares, nos termos da legislação aplicável e da política de cookies da Seguradora.
- j) avaliação, pesquisa, inovação e melhoria contínua dos serviços prestados.

7.1.2. O tratamento de dados poderá incluir dados pessoais sensíveis, nos termos da legislação aplicável, e será realizado diretamente pela Seguradora ou por terceiros contratados para apoio à execução da Apólice/Certificado individual, tais como:

- a) prestadores de assistência;
- b) reguladores de sinistros;
- c) resseguradoras;
- d) corretoras;
- e) estipulantes;
- f) prestadores de serviços de telemedicina e *call center*, entre outros.

7.1.3. Durante o processo de regulação de sinistros, o Cliente poderá ser solicitado a fornecer informações complementares, inclusive dados sensíveis, que serão tratados pela Seguradora de forma proporcional e adequada à finalidade de verificar o direito à indenização, conforme as hipóteses legais previstas na legislação vigente.

7.1.4. O Cliente poderá, a qualquer tempo e sem custo, exercer os direitos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, por meio de requerimento expresse, incluindo:

- a) confirmação da existência de tratamento;
- b) acesso aos dados pessoais;
- c) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- d) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação;
- e) portabilidade dos dados, observadas as normas aplicáveis;
- f) informação sobre compartilhamento de dados com terceiros;
- g) oposição ao tratamento realizado com fundamento em legítimo interesse;

- h) retirada do consentimento, quando aplicável, e informação sobre as consequências dessa retirada;
- i) revisão de decisões tomadas unicamente com base em tratamento automatizado de dados pessoais.

7.1.5. Para o exercício de tais direitos ou para esclarecimentos adicionais, o Cliente deverá entrar em contato com o Encarregado de Proteção de Dados da Seguradora, por meio do endereço eletrônico: <https://www.mapfre.com.br/politica-privacidade/>.

7.1.6. A Seguradora declara que não comercializa dados pessoais de seus Clientes e assegura que o tratamento dos dados será realizado em conformidade com a legislação aplicável e com as boas práticas de segurança da informação. A Política de Privacidade da Seguradora poderá ser consultada em seu site oficial ou solicitada por meio do canal indicado na cláusula anterior.

7.2. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

7.2.1. A publicidade e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante/Subestipulante e/ou do Corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Contratuais e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.

7.2.2. 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.

7.2.3. A Seguradora poderá exigir a imediata suspensão, correção ou retirada de qualquer material que não esteja em acordo com as normas legais, contratuais ou que possa prejudicar sua imagem, estando o respectivo interveniente obrigado a atender tais determinações. O não atendimento poderá levar à aplicação do disposto no item 7.2.2.

7.3. PRESCRIÇÃO

7.3.1. A prescrição, ressalvados outros eventuais prazos legais específicos aplicáveis ao caso concreto, será de:

7.3.1.1. Um ano, contado da ciência da recepção da recusa da Seguradora, para a pretensão do Segurado em exigir Indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias e restituição de Prêmio em seu favor.

7.3.1.2. Três anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, para a pretensão dos Beneficiários ou Terceiros prejudicados exigirem da Seguradora Indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

7.3.1.3. Um ano, contado da ciência do respectivo fato gerador, para a pretensão da Seguradora para a cobrança do prêmio ou qualquer outra pretensão contra o Segurado e o Estipulante do seguro.

7.3.2. A prescrição da pretensão relativa ao recebimento de indenização ou capital Segurado será suspensa uma única vez, quando a Seguradora receber pedido de reconsideração da recusa de pagamento.

7.3.2.1. Cessa a suspensão no dia em que o interessado for comunicado pela Seguradora de sua decisão final.

7.4. FORO

7.4.1. O foro competente para as ações de seguro é o do domicílio do segurado ou do beneficiário, resguardado o disposto na legislação em vigor.

7.5. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.5.1. Este documento reúne as Condições Contratuais do Seguro Prestamista Crédito Imobiliário – Capital Segurado Vinculado da Mapfre Seguros, definindo as regras da Apólice/Certificado individual, as coberturas contratadas e os direitos e deveres das partes envolvidas. Todas as situações relacionadas a este seguro serão analisadas com base nestas Condições Contratuais.

7.5.2. Apenas as coberturas expressamente contratadas e indicadas na Apólice/Certificado Individual são aplicáveis ao seguro. Recomenda-se ao Segurado concentrar a leitura nas cláusulas referentes às garantias efetivamente

contratadas.

7.5.3. Ao contratar o seguro, o Segurado declara ter conhecimento e concordar com as cláusulas que estabelecem deveres, exclusões e limitações à cobertura, destacadas em negrito neste documento.

7.5.4. Todas as comunicações entre o Segurado, o Estipulante e a Seguradora deverão ser realizadas pelos canais oficiais de atendimento indicados nestas Condições Contratuais.

7.5.5. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

7.5.6. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

7.5.7. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

7.5.8. As condições contratuais/regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número do processo constante da Apólice/Certificado individual ou na Proposta e poderão ser consultadas no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

7.5.9. As condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

7.5.10. Este contrato será regido pela legislação e pela regulação vigentes à época de sua contratação ou renovação, aplicáveis aos contratos de seguro no Brasil, as quais prevalecerão em quaisquer casos omissos, respeitada, sempre que possível, a liberdade das partes para estipular sobre matérias não disciplinadas de forma expressa e específica por normas imperativas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS BÁSICAS DO SEGURO

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio, o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte natural ou acidental do Segurado, devendo este último ser em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto, durante a Vigência do Seguro, observados os riscos expressamente excluídos e as demais Condições 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. EXCLUSÕES

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos descritos como exclusões gerais constantes na Cláusula 3.2. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, além dos riscos excluídos do conceito de acidente pessoal conforme indicado na Cláusula 1.2. DEFINIÇÕES das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado corresponde ao Valor Máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro pela Apólice/Certificado individual vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.
- 3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.
- 3.3. Caso haja pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice/Certificado individual.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do Sinistro, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data de falecimento do Segurado, conforme Certidão de Óbito.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

6. RESCISÃO E CANCELAMENTO

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL e 2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
- a) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e
 - c) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura em caso de morte do primeiro sócio, ou titular, ou instituidor, ou administrador ou empresário Segurado.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário;
- b) Cópia da certidão de óbito do Segurado;
- c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de Sinistro (solicitante);
- e) Para os casos de Morte, quando se tratar de Evento Acidental, além do documento descrito na letra “d” acima, também deverá ser apresentada:
 - i. Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
 - ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
 - iii. Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e se o Segurado for o piloto;
 - iv. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, em caso de acidente automobilístico e se o Segurado for o condutor, se cabível;
 - v. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível; e
 - vi. Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) Segurado(a) tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível.
- f) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico de atendimento, tratamentos e as causas da morte do Segurado.

7.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:

7.1.1.a.1. Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;

7.1.1.a.2. Independentemente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;

- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). 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:

7.1.1.b.1. Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):

7.1.1.b.1.1. Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);

7.1.1.b.1.2. Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);

- c) Se Filhos: Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; e alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo parentesco;

- d) Se Cônjuge: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;

- e) Em caso de Companheiro(a): enviar Escritura Declaratória de União Estável 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);

- f) No caso de Segurado separado judicialmente ou divorciado: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) Companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;

- g) Se Pais: Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e

h) Se Irmãos: Certidão de Nascimento ou Casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais, exceto nas disposições que conflitarem com as presentes Condições Especiais, hipótese em que estas prevalecerão sobre aquelas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURAS ADICIONAIS DO SEGURO

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de Prêmio, o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou Impotência Funcional definitiva e total de membro ou órgão em decorrência de lesão física causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, especificado na Cláusula 1.2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, ocorrido durante a Vigência do Seguro, observados os Riscos Excluídos, as hipóteses de perda de direito e demais Condições 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 2.1. DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura específica as seguintes definições:

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

REDUÇÃO FUNCIONAL: alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

3. COBERTURAS CONTRATADAS

3.1. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou Impotência Funcional definitiva, total de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante no item 3.6 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.

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, 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 3.6 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 porcentagens correspondentes não pode exceder à da Indenização prevista para sua perda total.

3.4. **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.**

3.5. **As Indenizações pelas Coberturas básicas de Morte – M 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.**

3.6. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE: caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nesta Condição Especial, a Indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

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

3.7. 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. EXCLUSÕES

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados na cláusula 4 – riscos excluídos das condições gerais e dos riscos excluídos do conceito de acidente pessoal conforme indicado na cláusula 2 – definições das condições gerais, estão também excluídos desta cobertura, 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 doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- c) Os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
- d) Os erros médicos;
- e) Problemas auditivos e outros;
- f) Envenenamentos, exceto escapamento acidental de gases e vapores;
- g) Tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- h) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- i) Perturbações mentais, nervosas e emocionais;
- j) Todo e qualquer dano e/ou sequela causados pela doença conhecida como acidente vascular cerebral – AVC;
- k) 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;
- l) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto; e
- m) Qualquer perda, redução, impotência permanente ou 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 corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

5.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.

5.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura o Segurado será automaticamente excluído da Apólice/Certificado individual.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do Sinistro, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data do Acidente Pessoal coberto.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. RESCISÃO E CANCELAMENTO

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL e 2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
- b) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, referente a invalidez caracterizada apenas com um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) Segurados; e
- c) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário.
- b) Cópia da certidão de óbito do Segurado;
- c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome 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 Boletim de Ocorrência Policial – BO, em caso de acidente, se houver, e em todos os casos de Morte Acidental;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- g) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, em caso de acidente, se cabível;
- h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;

- i) Cópia da Proposta de Adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- j) Cópia do Termo de Transferência com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- k) Cópia do laudo da polícia técnica e/ou laudo do instituto de criminalística, realizada no local do acidente, se houver;
- l) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – pessoa física devidamente preenchido;
- m) Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o Segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- n) Em caso de contratação por pessoa jurídica, 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;
- o) 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; e
- p) 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);
- q) No caso de Alienação Mental, total e incurável: além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.

9.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:
 - Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - Independentemente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). 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:
 - Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) Se Filhos: Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; e alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo parentesco;
- d) Se Cônjuge: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;
- e) Em caso de Companheiro(a): enviar Escritura Declaratória de União Estável 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);
- f) No caso de Segurado separado judicialmente ou divorciado: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) Companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- g) Se Pais: Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a

certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e

h) Se Irmãos: Certidão de Nascimento ou Casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais, exceto nas disposições que conflitarem com as presentes Condições Especiais, hipótese em que estas prevalecerão sobre aquelas.

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

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio adicional, a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura básica de Morte – M ao(s) Beneficiário(s), caso seja caracterizada a invalidez funcional permanente e total consequente de doença, que cause a perda da independência do Segurado, sob critérios devidamente especificados na Cláusula 3 – COBERTURAS CONTRATADAS desta Condição Especial, ocorrida durante a vigência do seguro, **observados os Riscos Excluídos, as hipóteses de perda de direitos, o prazo de Carência e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 1.2. DEFINIÇÕES das Condições Gerais, são aplicáveis à presente Cobertura, as seguintes definições:

- a) **AGRAVOS MÓRBIDOS:** piora de uma doença.
- b) **ALIENAÇÃO MENTAL:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- c) **APARELHO LOCOMOTOR:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- d) **ATIVIDADE LABORATIVA:** qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- e) **AUXÍLIO:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- f) **CARDIOPATIA GRAVE:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave e que atenda os seguintes critérios de forma conjunta:
 - Classe funcional III ou IV segundo a NYHA (New York Heart Association);
 - Fração de ejeção mensurada no ecodopplercardiograma inferior a 0,35% (trinta e cinco centésimos por cento) e;
 - Que estejam otimizados todos os recursos terapêuticos aplicados à cardiopatia por um ano consecutivo e ininterrupto sem levar à melhora da condição clínica do Segurado.
- g) **COGNIÇÃO:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- h) **CONNECTIVIDADE COM A VIDA:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- i) **CONSUMPÇÃO:** definimento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- j) **DADOS ANTROPOMÉTRICOS:** peso e a altura do Segurado.
- k) **DEFICIÊNCIA VISUAL:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- l) **DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- m) **DOENÇAS CRÔNICAS:** doenças com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- n) **DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- o) **DOENÇAS CRÔNICAS DE CARÁTER PROGRESSIVO:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

- p) **DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL:** estágio da doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo Médico Assistente. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- q) **Doenças Neoplásicas Malignas Ativas:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- r) **DOENÇAS PROFISSIONAIS:** aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- s) **ESTADOS CONEXOS:** representam o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- t) **ETIOLOGIA:** causa de cada doença.
- u) **FATORES DE RISCO E MORBIDADE:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- v) **HÍGIDO:** saudável.
- w) **IMPOTÊNCIA FUNCIONAL:** a alteração da função orgânica ou de partes do organismo, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.
- x) **PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO:** ocorrência de Quadro Clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das suas relações autonômicas.
- y) **PROGNÓSTICO:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- z) **QUADRO CLÍNICO:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- aa) **RECIDIVA:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- bb) **REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- cc) **RELAÇÕES EXISTENCIAIS:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.
- dd) **SENTIDO DE ORIENTAÇÃO:** faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer Auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- ee) **SEQUELA:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- ff) **TRANSFERÊNCIA CORPORAL:** capacidade do Segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer Auxílio.

3. COBERTURAS CONTRATADAS

3.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada segundo critérios vigentes à época da Regulação do Sinistro e aplicadas pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, que inviabilizem de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do Segurado, provenientes exclusivamente de:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “Cardiopatia Grave”, de acordo com a definição constante na Cláusula 2.1 – DEFINIÇÕES desta Condição Especial;
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas sem Prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que

- c) não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Doenças Crônicas de Caráter Progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (Consumpção), sem Prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- e) Alienação Mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (Cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- f) Doenças manifestas no sistema nervoso com Sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no Sentido de Orientação e/ou das funções de 2 (dois) membros, em grau máximo;
- g) Doenças do Aparelho Locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de Transferência Corporal;
- h) Deficiência Visual, decorrente das doenças listadas abaixo:
 - Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° (sessenta graus); ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- i) Doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (Doença em Estágio Terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
- j) Estados Mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de 2 (dois) membros;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das 2 (duas) mãos ou de 2 (dois) pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Demais Riscos Cobertos:

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

- e) Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados;
- f) O segundo documento é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas; e
- g) Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

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

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

4. EXCLUSÕES

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 3.2 **EXCLUSÕES GERAIS** das Condições Gerais e dos riscos excluídos do conceito de acidente pessoal coberto conforme indicado na Cláusula 1.2. **DEFINIÇÕES** das Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionada a:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) doenças cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. A Indenização corresponde a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura básica de Morte – M, devido na ocorrência do Sinistro pela Apólice/Certificado individual vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

5.2. Não se incluem no Capital Segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.

5.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice/Certificado individual.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do Evento Coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data da caracterização da invalidez funcional permanente total por doença, indicada no Relatório Médico de que trata a Cláusula 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

6.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo o Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. CARÊNCIA

7.1. A Carência para esta Cobertura será de 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, contados a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência individual e estará indicado no Certificado Individual.

7.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração de Saúde e/ou Atividade ou por exame médico.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

9. RESCISÃO E CANCELAMENTO

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL e 2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a)** Por ser a presente Cobertura uma antecipação da Cobertura básica de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a Cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro para o Segurado. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos com atualização monetária;
- b)** Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
- c)** Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e
- d)** No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, referente à caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) Segurado(s).

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a)** Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Beneficiário;
- b)** Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
- c)** Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de Sinistro (solicitante);
- d)** Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente, quando houver saldo do Capital Segurado;
- e)** Relatório do Médico Assistente do Segurado:
 - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
 - Detalhando o Quadro Clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- f)** Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- g)** Contrato do financiamento; e
- h)** Extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo Segurado junto ao

Estipulante.

10.2. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar, igualmente, os documentos previstos na cláusula 9.1.1 da Cobertura Básica anterior.

10.3. Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, relatório emitido por médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

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

10.5. Se durante a Regulação do Sinistro não for comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como a Cobertura básica de morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

10.6. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicadas na Cláusula 6.2 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

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

11.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico incapacitante de que trata essa Cobertura, devendo ser comprovada por Relatório Médico.

11.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as Condições Gerais, exceto nas disposições que conflitarem com as presentes Condições Especiais, hipótese em que estas prevalecerão sobre aquelas.

ANEXO À COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de Alienação Mental?	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O Segurado apresenta-se Hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta Quadro Clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou Auxílio técnico?	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O Segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O Segurado necessita de assistência e/ou Auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)?	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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



A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE. Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo. Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.