

SEGURO DE PESSOAS

BB Seguro de Vida Prestamista Exército
Condições Gerais
Versão 1.0

CNPJ 28.196.889/0001-43

Processo SUSEP nº 15414.628662/2019-72

NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

Central de Atendimento Digital - www.bbseguros.com.br

Atendimento online via Chat (exceto feriados)

Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h40
sábados das 9h às 15h20

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).....0800 729 7000

Deficientes auditivos ou de fala.....0800 962 7373

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Canal utilizado para Acionamento do Seguro e da Assistência 24h (Brasil)

Assistência 24 horas no exterior.....(55) 16 3111-8600

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Contratação, renovação e alteração na Apólice0800 729 0400

Ligações de celular (capitais e regiões metropolitanas)..... (55) 11 4004-0009

Horário de atendimento (exceto feriados): de 2ª a 6ª feira, das 08h30 às 21h30
sábados das 10h às 16h

Ouvidoria BB Seguros.....0800 880 2930

Deficientes auditivos ou de fala.....0800 775 7003

Horário de atendimento: 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.

Canal de Conduta Ética.....0800 444 8256

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

de 2ª a 6ª feira, das 9h às 19h com atendentes, demais horários apenas atendimento eletrônico

Canal exclusivo para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de desvio de conduta ética relacionadas ao seguro.

As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada e serão recepcionadas por uma empresa independente e especializada, assegurando o sigilo absoluto e o tratamento adequado a cada situação.

É importante fornecer o máximo de informações possíveis, possibilitando assim a análise assertiva do caso.

Todas as denúncias serão analisadas, investigadas e terão as medidas cabíveis aplicadas.

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Av. das Nações Unidas, 14.261 • Ala A • 29º andar

04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP

CNPJ : 28.196.889/0001-43

ÍNDICE

REGRAS GERAIS	5
1. OBJETIVO DO SEGURO	5
2. COBERTURAS	5
3. RISCOS EXCLUÍDOS	6
4. CARÊNCIAS	7
5. FRANQUIA.....	7
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO	7
7. BENEFICIÁRIOS	7
8. PERDAS DE DIREITOS	7
COMO CONTRATAR	8
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	8
10. CONTRATO COLETIVO	9
11. ADESÃO AO SEGURO	9
DURAÇÃO DO SEGURO	10
12. VIGÊNCIA.....	10
CAPITAL SEGURADO	10
13. MODALIDADE VINCULADO	10
14. CAPITAL SEGURADO APLICADO - DATA DO EVENTO.....	11
15. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO	11
CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)	11
16. FORMA DE PAGAMENTO.....	11
17. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO E PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	11
COMO ACIONAR O SEGURO (AVISO DE SINISTRO)	12
18. DOCUMENTOS	12
19. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	13
RENOVAÇÃO DO SEGURO	13
20. RENOVAÇÃO	13
21. REAVALIAÇÃO DE TAXAS.....	14
CANCELAMENTO DO SEGURO	14
22. APÓLICE	14
23. CERTIFICADO DO SEGURO.....	14
ESTIPULANTE	15
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE	15

EXCEDENTE TÉCNICO	15
25. PARTICIPAÇÃO NO EXCEDENTE TÉCNICO	15
26. APURAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO	16
27. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
28. REGIME FINANCEIRO	17
29. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS	17
30. PROPAGANDA E PUBLICIDADE	17
31. PRESCRIÇÃO	17
32. FORO	17
33. DISPOSIÇÕES GERAIS	18
CONSULTA AOS TERMOS TÉCNICOS (GLOSSÁRIO).....	18
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	20
1. COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	20

REGRAS GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, total ou parcial, da operação de crédito ou compromisso assumido pelo Segurado, em caso de evento coberto, **até o limite do Capital Segurado vigente, mediante o recebimento do custo do seguro, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, respeitado os riscos expressamente excluídos.**

2. COBERTURAS

2.1. COBERTURA(S) BÁSICA(S)

- a) **Morte Natural ou Acidental:** Garante o pagamento do Capital Segurado, em caso de morte do Segurado, natural ou decorrente de Acidente Pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro.
- b) **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTA):** Garante o pagamento de uma indenização, referente à perda ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, conforme especificado nas condições especiais desta cobertura, causada por acidente pessoal coberto.

2.1.1. Para efeito do seguro, será considerado **Acidente Pessoal** exclusivamente o evento com data determinada, 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, observada as condições abaixo:

2.1.1.1. Eventos cobertos:

2.1.1.1.1. Suicídio ou a sua tentativa, ressalvado o prazo de Carência.

2.1.1.1.2. Acidentes decorrentes de:

2.1.1.1.2.1. Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

2.1.1.1.2.2. Escapamento acidental de gases e vapores;

2.1.1.1.2.3. Sequestros e tentativas de sequestros;

2.1.1.1.2.4. Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.1.2. Eventos não cobertos:

2.1.1.2.1. **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**

2.1.1.2.2. **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

2.1.1.2.3. As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

2.1.1.2.4. 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, definido nesta definição.

2.1.2. O pagamento das indenizações relativas às coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA não se acumulam. O pagamento da indenização por IPTA equivale a 100% (cem por cento) do capital segurado vigente na data do evento, cancelando o seguro, portanto se for verificada a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, não restará diferença de indenização a ser paga.

2.2. As coberturas básicas deverão ser contratadas de forma conjunta.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Este seguro não cobre os eventos relacionados a/ou ocorridos em consequência:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, química ou bacteriológica, civil ou guerrilha, atos militares, hostilidades, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade de auxílio a outrem;
- c) De ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que autorize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como ato atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- d) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;
- e) De inundações, furacões, ciclones, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos ou movimentos de terra em geral, maremotos, erupções vulcânicas, qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico, geológicos de caráter extraordinário e outras convulsões da natureza;
- f) De epidemias e pandemias, declaradas por órgão público competente, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;
- g) De competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive

treinos preparatórios;

- h) De intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos e/ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico devidamente habilitado, em decorrência de acidente coberto, desde que seja demonstrado seu nexos causal;
- i) Da condução de veículos, embarcações e aeronaves pelo segurado sem a adequada habilitação;
- j) Da condução do segurado de aeronaves e embarcações sem a autorização dos órgãos competentes para voo ou navegação.

4. CARÊNCIAS

- 4.1. No caso de Acidente Pessoal decorrente de suicídio, será aplicada a Carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contada da data de início de vigência do Certificado do Seguro ou do aumento do valor do Capital Segurado.
- 4.2. No caso de aumento do Capital Segurado, a carência será aplicada somente em relação ao valor do aumento.

5. FRANQUIA

- 5.1. Não haverá aplicação da franquia neste seguro.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 6.1. Todo o globo terrestre, salvo previsão em contrário na Apólice e/ou Certificado do Seguro.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. O beneficiário do seguro será o Estipulante, que receberá o valor do saldo devedor da operação de crédito de responsabilidade do Segurado apurado na data de pagamento da indenização, limitado ao Capital Segurado vigente na data do evento.

8. PERDAS DE DIREITOS

- 8.1. O Beneficiário perderá o direito à indenização se o Segurado agravar intencionalmente o risco.
- 8.2. Caso o Estipulante, Subestipulante, Segurado, Beneficiário, Corretor de Seguros, ou seus respectivos representantes, fizer(em) declarações inexatas ou omitir(em) circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do seguro, perderá(ão) o direito à indenização e a Seguradora terá direito ao custo do seguro vencido.
- 8.3. Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:
 - a) **Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:**
 - a.1) Cancelar o seguro e reter a parcela proporcional ao tempo decorrido do custo do seguro originalmente pactuado; ou
 - a.2) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após o pagamento da diferença do custo do seguro devido, ou restringir a cobertura contratada.
 - b) **Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do Capital Segurado, mediante prévio recebimento da diferença do custo do seguro cabível,**

cancelar o seguro, após o pagamento de indenização.

- 8.4. **O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo e qualquer incidente suscetível de agravar o risco, sob pena de perder o direito à cobertura, se provado que silenciou de má-fé.**
- a) A Seguradora poderá cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao Segurado, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento do aviso de agravamento do risco, ou, a critério da Seguradora, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de custo do seguro cabível.
 - b) O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado, devendo ser restituída a diferença do custo do seguro, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

COMO CONTRATAR

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 9.1. A contratação, alteração ou renovação do contrato de seguro somente poderá ser realizada mediante a apresentação da respectiva proposta assinada pelo proponente, seu representante legal e/ou corretor de seguros, ressalvada a hipótese de contratação direta.
- 9.2. Na proposta deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar o risco.
- 9.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 9.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, Adesão, Renovação ou Alteração (Endosso) que implique em modificação do risco, para se manifestar a respeito de sua aceitação ou recusa.
- a) **Durante este período, a Seguradora poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise do risco. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e voltará a correr a partir da data da comprovação da entrega de toda a informação e/ou documentação solicitada.**
 - b) Caso o proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos e informações complementares poderá ser solicitada uma única vez. No caso de pessoa jurídica, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares mais de uma vez, desde que fundamente o pedido para a avaliação da proposta e a definição do custo do seguro.
- 9.5. **Não será admitida a adesão ou a alteração do seguro por procuração.**
- 9.6. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 9.7. A ausência de manifestação no prazo estabelecido no **item 9.4**, observada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação da proposta.
- 9.8. A aceitação da contratação do seguro, sua adesão ou renovação se formalizará com a correspondente emissão da Apólice e do Certificado do Seguro, respectivamente, e a aceitação da alteração contratual implicará na emissão do Endosso.
- 9.9. **Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, e, se for o caso, da devolução do custo do seguro pago referente ao período a decorrer.**

10. CONTRATO COLETIVO

- 10.1. A contratação e a alteração do seguro coletivo devem ser realizadas mediante a apresentação da Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante, pelo Subestipulante, se o caso, e pelo corretor de seguros.
- 10.2. **Qualquer modificação da Apólice vigente que implique em ônus ou dever para os Segurados já existentes na apólice, incluindo a alteração na taxa de seguro ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**
- a) Quando a alteração ou renovação **não implicar em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos**, poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante e/ou Subestipulante, se o caso.
- 10.3. A aceitação e renovação do contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice de seguro pela Seguradora no início do contrato e eventual alteração na Apólice vigente se formalizará com a emissão do competente endosso, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.

11. ADESÃO AO SEGURO

- 11.1. A contratação do seguro deve ser realizada mediante a apresentação da Proposta de Adesão, preenchida e assinada, pelo proponente ou pelo seu corretor de seguros.
- 11.2. **A contratação do seguro é opcional, sendo permitido o seu cancelamento a qualquer momento com devolução do custo do seguro pago referente ao período a decorrer, se houver.**
- 11.3. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, pessoa física, beneficiário de crédito concedido pelo estipulante, que na data da adesão ao seguro esteja em boas condições de saúde e com idade compreendida entre 16 (dezesesseis) anos e 70 (setenta) anos.
- a) A idade do segurado, na data de contratação do seguro, somada ao prazo da operação de crédito não poderá ser superior a 78 (setenta e oito) anos.
- 11.4. **O seguro sobre a vida de outros poderá ser contratado, mediante a apresentação da declaração do proponente a respeito do seu interesse na preservação da vida do Segurado, sob pena de falsidade.**
- a) O interesse é presumido e dispensará a declaração, quando o seguro for contratado pelo cônjuge, ascendente ou descendente.
- 11.5. **O proponente/segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a assessoria médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer os exames realizados.**
- 11.6. A aceitação da Proposta de Adesão se formalizará com a emissão do Certificado do Seguro em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.
- 11.7. **O pagamento antecipado, total ou parcial, não caracteriza a aceitação da proposta.**
- a) **No caso do seguro pago antecipadamente o proponente terá cobertura do seguro da data da recepção da proposta na Seguradora até a data da formalização da recusa.**

- b) O valor pago antecipadamente, líquido de IOF (Imposto sobre Operações Financeiras), será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, deduzido da parcela proporcional ao tempo em que tiver prevalecido a cobertura.
- c) A atualização monetária será aplicada a partir da data da formalização da recusa até o seu efetivo pagamento.
- d) Após o prazo estabelecido para a devolução do custo do seguro, serão devidos juros moratórios, sobre o valor atualizado, observado o índice e juros especificados na **ITEM 29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.**

DURAÇÃO DO SEGURO

12. VIGÊNCIA

- 12.1. O início e o fim da vigência do seguro terão início às 24h (vinte e quatro horas) das datas estabelecidas na Apólice, Certificado do Seguro ou Endosso.
 - a) A vigência do Certificado do Seguro acompanhará o prazo da operação de crédito, devendo ser adequada pela correspondente renovação, se necessário.
 - b) No caso de não renovação da Apólice o seguro será prorrogado até o término da vigência dos Certificados de Seguros vigentes, observado o devido pagamento do valor do seguro, não sendo admitida novas adesões.
- 12.2. Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas **sem o pagamento antecipado do seguro**, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde previsto nas condições contratuais do seguro.
- 12.3. Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas **com o pagamento antecipado do seguro**, parcial ou total, terão o início da vigência a partir da data da recepção da proposta pela Seguradora.
- 12.4. O prazo de vigência da cobertura individual será equivalente ao prazo da operação de crédito contratada com o Estipulante. Quando o seguro for contratado após o início da operação de crédito, o prazo de vigência do seguro iniciará na data de contratação do seguro e o término acompanhará o fim do prazo da operação de crédito.

CAPITAL SEGURADO

13. MODALIDADE VINCULADO

- 13.1. O Capital Segurado corresponderá necessariamente ao valor contratado para a operação de crédito/compromisso ou o seu saldo devedor vigente na data de contratação do seguro, no caso de contratação posterior, conforme valor inicial da cobertura fixado no Certificado do Seguro, expresso em moeda nacional.
- 13.2. **O Capital Segurado será alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste da operação de crédito ou compromisso.**
- 13.3. **A definição a respeito da incorporação ou não das parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual atraso no pagamento da operação de crédito por parte do Segurado serão especificadas na Apólice e/ou Certificado do Seguro.**

14. CAPITAL SEGURADO APLICADO - DATA DO EVENTO

14.1. Para determinação do Capital Segurado para pagamento da indenização do seguro da cobertura de Morte Natural ou Acidental será considerado o valor vigente na data do falecimento do segurado.

15. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

15.1. O valor contratado acompanhará diariamente o saldo devedor da operação de crédito contratada e o custo do seguro mensal será calculado com base no saldo devedor do mês de referência da fatura, atualizado até o dia anterior da geração da fatura.

CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)

16. FORMA DE PAGAMENTO

16.1. Para garantir o direito à cobertura o custo do seguro deverá ser pago até a data de seu vencimento.

16.2. O seguro é não contributivo, ou seja, o Estipulante pagará integralmente o custo do seguro.

16.3. O custo do seguro será calculado mediante a aplicação da taxa média fixada na Apólice para o grupo segurado sobre o saldo devedor de cada operação de crédito do mês de referência.

16.4. A forma de pagamento será por fatura ao Estipulante e a periodicidade de pagamento será mensal, conforme fixado na Apólice e na Proposta de Adesão/Certificado do Seguro.

16.5. Caso na data para o pagamento do custo do seguro não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.

17. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO E PRAZO DE TOLERÂNCIA

17.1. **Em caso de não pagamento da parcela única do valor do seguro ou da 1ª (primeira) parcela, até a data do seu vencimento o seguro não será efetivado.**

17.2. Na falta de pagamento de qualquer parcela posterior à primeira, haverá tolerância de cobertura pelo período de 2 (duas) parcelas, consecutivas ou não, contadas a partir da parcela não paga com vencimento mais antigo.

17.3. Durante o período de tolerância o pagamento indenização não ficará prejudicado, porém estará condicionado a quitação das parcelas atrasadas.

17.4. Em caso de atraso no pagamento do seguro, incidirá sobre o valor do seguro em atraso a atualização monetária e juros moratórios proporcional ao tempo, do primeiro dia útil posterior ao seu vencimento até a data do efetivo pagamento, observado o índice e juros aplicados previsto na **CLÁUSULA 29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.**

17.5. **Caso as parcelas atrasadas não sejam pagas durante o período descrito no item 17.2, o seguro ficará de pleno direito cancelado e não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitada as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre os contratos.**

COMO ACIONAR O SEGURO (AVISO DE SINISTRO)

18. DOCUMENTOS

18.1. Após o Aviso do Sinistro, poderão ser solicitados os seguintes Documentos Básicos:

- a) Número de identificação do Segurado e dos Beneficiários, com a seguinte ordem de preferência: Cadastro de Pessoa Física (CPF), Registro Geral (RG), Registro Nacional para Estrangeiros (RNE) ou Passaporte (com a identificação da expedição) ou outros documentos válidos em território nacional, acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição.
- b) Comprovante de residência do Segurado e dos Beneficiários ou declaração de prova de residência, nos termos da Lei 7.115/1983;

18.2. Documentação Complementar para a cobertura de Morte Natural:

- a) Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Declaração de Óbito;
- c) Relatório do Médico que assistiu o Segurado, carimbado, preenchido e assinado, contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte;
- d) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica;
- e) Exames médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico.

18.3. Documentação Complementar para a cobertura de Morte Acidental:

- a) Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Declaração de Óbito;
- c) Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal - IML;
- d) Boletim de Ocorrência;
- e) Laudo de Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- f) Laudo dos Exames Toxicológicos e de Dosagem Alcoólica ou Declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames;
- g) Habilitação do Segurado, no caso de morte na condução de veículos, aeronaves ou embarcações.

18.4. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.5. A Seguradora poderá firmar convênios ou contratos com o Estipulante, instituições financeiras ou empresas que façam a administração de banco de dados para obter informações e documentos comprobatórios referente aos dados cadastrais necessários para a operação de seguros.

18.6. A Seguradora poderá obter informações gerais também em órgãos oficiais para fins da execução do contrato de seguro.

18.7. As informações obtidas em órgãos oficiais e por força de contratos e convênios poderão dispensar a exigência dos documentos e informações exigidos nesta cláusula.

- 18.8. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares necessários à conclusão da análise de cobertura, além dos contratualmente previstos, em caso de dúvida fundada e justificável.
- 18.9. A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará no encerramento do processo de sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do Beneficiário(s) com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.
- 18.10. A solicitação de documentos e demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após a reclamação da indenização, não implicam, por si só, no reconhecimento da cobertura.

19. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 19.1. O pagamento da indenização, decorrente de evento coberto, será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data da entrega de todos os documentos e informações solicitados, em parcela única, salvo previsão em contrário na respectiva cobertura.
- a) **Em caso de solicitação de documentos complementares este prazo será suspenso e voltará a correr a partir do primeiro dia útil seguinte àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**
- b) Após este prazo, o valor devido deverá ser atualizado, desde a data da caracterização do evento coberto, acrescido de juros de mora, aplicado a partir do primeiro dia útil posterior ao vencimento do prazo da regulação até a data do efetivo pagamento, observado o índice e juros especificados na **CLÁUSULA 29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.**
- 19.2. Caso haja o descumprimento do prazo para pagamento da indenização, a Seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da operação de crédito relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data do efetivo pagamento, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.

RENOVAÇÃO DO SEGURO

20. RENOVAÇÃO

- 20.1. A renovação do seguro será automática, por uma única vez, por igual período ao contratado, devendo as renovações posteriores serem realizadas obrigatoriamente por escrito.
- 20.2. O Estipulante poderá notificar à Seguradora caso não tenha interesse na renovação do seguro, mediante aviso o prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias e ficará obrigado a comunicar os segurados previamente sobre o término da vigência do seguro, por sua solicitação.
- 20.3. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência da data do término da vigência da Apólice.
- 20.4. Caso o seguro coletivo não seja renovado, a vigência da Apólice será prorrogada apenas para contemplar o término da vigência dos Certificados de Seguros emitidos dentro da vigência da Apólice, observado o pagamento do valor do seguro, não sendo admitida novas adesões.

- 20.5.** A renovação de seguros não contributários ou que não implicar em alteração da Apólice com ônus, atualização de taxas ou deveres adicionais para seguros já contratados poderá ser feita pelo Estipulante, **caso contrário dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.**
- 20.6.** Este seguro será por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o seguro na data de vencimento, sem a devolução dos custos pagos.

21. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

- 21.1.** Na renovação da Apólice a Seguradora reavaliará as condições, taxas e o custo do seguro, podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.

CANCELAMENTO DO SEGURO

22. APÓLICE

- 22.1.** O contrato de seguro coletivo somente poderá ser cancelado, durante a vigência da apólice coletiva, mediante acordo entre as partes e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.
- a) O Estipulante é responsável pela obtenção e comprovação da anuência dos Segurados.
- 22.2.** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

23. CERTIFICADO DO SEGURO

- 23.1.** A cobertura do Certificado do Seguro termina, observada as condições contratuais do seguro:
- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos Certificados de Seguros, cujo custo tenha sido pago integralmente;
- b) Em caso de cancelamento da apólice;
- c) Com a exclusão do segurado da apólice:
- c.1) Com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante e/ou Subestipulante;
- c.2) Por Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- c.3) Por falta de pagamento;
- c.4) A pedido do segurado, desde que devidamente formalizado, assinado e protocolado na Seguradora.
- 23.2.** A qualquer tempo, por iniciativa das partes contratantes e concordância recíproca.
- a) Neste caso, por se tratar de custo de seguro mensal, a cobertura permanecerá em vigor até o final do período de vigência da última parcela mensal e não caberá devolução.

ESTIPULANTE

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE

24.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas no contrato de seguro, constituem obrigações do Estipulante e do Subestipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo seus dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações da natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em evento coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do custo do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida na legislação, quando for de sua responsabilidade;
- e) Pagar os custos do seguro à Seguradora, nos prazos previstos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato de seguro, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
- h) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer evento coberto ou sua expectativa, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para o pagamento da indenização o seguro;
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) **Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.**

24.2. Na hipótese de qualquer remuneração ao Estipulante/Subestipulante, o seu percentual e valor constará na Proposta de Adesão e no Certificado do Seguro. O Segurado será informado sobre eventual alteração dos valores informados.

EXCEDENTE TÉCNICO

25. PARTICIPAÇÃO NO EXCEDENTE TÉCNICO

25.1. Este seguro prevê a distribuição de excedente técnico, constituído pelo saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico da Apólice coletiva em determinado período.

25.2. Será garantido ao Estipulante/Subestipulante a participação no excedente técnico da Apólice, apurado após cada ano de vigência do seguro.

26. APURAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

- 26.1. São consideradas Receitas, para fins de apuração dos resultados técnicos:
- Custos do seguro de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos;
 - Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- 26.2. São consideradas Despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos:
- Comissões de corretagem pagas durante o período;
 - Comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
 - Comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - Tributos (IOF, COFINS e PIS) incidentes sobre a operação de seguros;
 - Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados nas apurações de períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
 - O valor correspondente à estimativa de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR), calculado com base no percentual fixado na época da implantação ou renovação da Apólice, aplicável sobre os sinistros avisados no decorrer da vigência da Apólice;
 - O valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;
 - Despesas efetivas de administração, calculadas pelo percentual definido nas condições contratuais, sobre os custos do seguro efetivamente pagos;
 - Outras despesas extraordinárias.
- 26.3. As receitas e as despesas serão atualizadas monetariamente, conforme o especificado na **CLÁUSULA 29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS**, desde:
- O respectivo pagamento, para custos do seguro e comissões;
 - A data de aviso à Seguradora, para os sinistros;
 - As datas em que incorreram, para as despesas de administração;
 - A respectiva apuração, para os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados.
- 26.4. O resultado técnico será atualizado monetariamente desde o término do período de apuração até a data da distribuição do excedente técnico no percentual fixado na Apólice.

27. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

- 27.1. A participação no excedente técnico está condicionada a que a Apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, a média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados principais.
- 27.2. A distribuição de excedentes técnicos será realizada após o término do prazo estabelecido na Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, **vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos**.

- 27.3.** Por se tratar de seguro não contributivo, o excedente técnico será distribuído integralmente ao Estipulante.
- 27.4.** Serão deduzidos no excedente técnico, no ato de seu pagamento, todos os impostos que por lei, a Seguradora for obrigada a recolher.
- 27.5.** As condições para o Pagamento do Excedente no caso de cancelamento do seguro serão realizadas conforme a Proposta de Contratação firmada entre a Seguradora e o Estipulante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

28. REGIME FINANCEIRO

- 28.1.** Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não há possibilidade técnica de qualquer devolução ou resgate, mesmo em caso de cancelamento do seguro.
- 28.2.** Neste regime os custos do seguro pagos por todos os Segurados do plano deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período. **Não há constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado.**

29. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

- 29.1.** O não cumprimento do prazo de pagamento das obrigações contratuais implicará na atualização monetária do valor devido pela variação positiva do **IPCA/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.**
- a) No caso da extinção do índice acima ajustado, será utilizado o **IGPM/FGV - Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas.**
- 29.2.** Os juros, fixados em 0,25% a.m. (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês, serão calculados proporcionalmente ao tempo, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato para o cumprimento da obrigação até a data do seu efetivo pagamento.
- 29.3.** O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

30. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 30.1.** As comunicações, peças promocionais e de propaganda para a divulgação do seguro pelo Estipulante e Corretor, deverão respeitar rigorosamente as condições contratuais do seguro e a legislação, e só poderão ser divulgadas mediante prévia autorização da Seguradora, por escrito.

31. PRESCRIÇÃO

- 31.1.** Os prazos prescricionais serão os determinados em lei.

32. FORO

- 32.1.** Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para discutir questões judiciais.
- 32.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

33. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 33.1.** O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 33.2.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site **www.susep.gov.br**, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 33.3.** A Seguradora poderá compartilhar os dados pessoais das partes com prestadores de serviços, empresas de assistência e de comunicação, resseguradores e cosseguradores, quando necessário, e empresas de pesquisa de satisfação, sempre que for necessário para a execução e o aperfeiçoamento do seguro.

CONSULTA AOS TERMOS TÉCNICOS (GLOSSÁRIO)

Apólice

Documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do seguro coletivo.

Aviso de Sinistro

Comunicação imediata à Seguradora da ocorrência de evento passível de cobertura.

Beneficiário

Pessoa física ou jurídica indicada para receber o valor do Capital Segurado.

Capital Segurado

Termo utilizado para definir o valor máximo Segurado por cobertura, devido ao Beneficiário em caso de evento coberto.

Carência

Período em que o Beneficiário não terá direito ao Capital Segurado, no caso de evento coberto.

Certificado do Seguro

Documento individual emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação de cada proponente no seguro coletivo.

Companheiro

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 no contrato de seguro.

Comoriência

É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as condições gerais e especiais, a(s) Proposta(s), a Apólice e o Certificado do Seguro.

Condições Especiais

Conjunto de disposições específicas de cada cobertura adicional, que podem alterar as condições gerais.

Condições Gerais

Conjunto de obrigações e condições comuns a todas as coberturas do seguro, que estabelecem os direitos e as obrigações das partes e dos Beneficiários.

Corretor

Intermediário, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre Seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência, no exercício da profissão.**

Custo do Seguro (Prêmio)

Importância paga para a Seguradora para a contratação do seguro. O custo líquido correspondente ao custo do seguro, sem impostos.

Dano Estético

Subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.

Doenças e Lesões Preexistentes

Doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na Proposta de Adesão. É caracterizada pela omissão do diagnóstico e do tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde.

Endosso

Documento emitido pela Seguradora que formaliza qualquer alteração na Apólice ou no Certificado do Seguro.

Estipulante

Pessoa física ou jurídica que contrata Apólice coletiva e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante as Seguradoras, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

Franquia

Período contínuo de tempo fixado na Apólice ou Certificado do Seguro, conforme o caso, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Beneficiário não terá direito à cobertura do seguro.

Grupo Segurado

Totalidade de Segurados aceitos e incluídos na Apólice Coletiva.

Indenização

Valor a ser pago ao Beneficiário pela Seguradora na ocorrência de evento coberto, limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data de ocorrência do evento, apurada conforme condições contratuais.

Proponente

Pessoa física ou jurídica interessada em contratar o seguro.

Proposta de Adesão

Documento, que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de aderir ao seguro coletivo e manifesta pleno conhecimento das condições contratuais.

Proposta de Contratação

Documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de contratar o seguro coletivo e manifesta pleno conhecimento das condições contratuais.

Relatório Médico

Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do Segurado. **Não será aceito, para fins de caracterização da cobertura, documento emitido por médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependente, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

Segurado

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora

Empresa legalmente autorizada a comercializar o seguro e que se responsabiliza por determinados riscos, mediante o recebimento do custo do seguro.

Sinistro

Evento passível de cobertura, durante o período de vigência do seguro.

Substipulante

É a pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o Estipulante, contrata o seguro em favor do grupo Segurado a que se vincule e os representa perante a Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

Garante o pagamento de indenização, em caso de referente à perda ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro.

1.1. RISCOS COBERTOS

- 1.1.1. Para fins desta cobertura, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) aquela, avaliada quando da alta médica definitiva, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis e determine a perda total do uso do membro ou órgão.
- 1.1.2. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, calculadas conforme disposto nos itens anteriores, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de indenização prevista para sua perda total do referido membro ou órgão.
- 1.1.3. A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva, o grau de invalidez preexistente no cálculo da indenização;

1.1.4. 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.

1.1.5. Após o pagamento de indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente o seguro estará imediata e automaticamente cancelado.

1.1.6. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:

a) Caracterizada a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nesta cobertura, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
TOTAL	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	
	Perda total da visão de ambos os olhos	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os pés	
	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	

1.2. RISCOS EXCLUÍDOS

1.2.1. Além dos riscos descritos na **CLÁUSULA 3 - RISCOS EXCLUÍDOS** das **CONDIÇÕES GERAIS**, a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não cobre os eventos relacionados a ou ocorridos em consequência:

- a) Perdas de dentes e danos estéticos;**
- b) Os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data de contratação do seguro.**

1.3. CAPITAL SEGURADO APLICADO - DATA DO EVENTO

1.3.1. Para determinação do Capital Segurado para pagamento da indenização do seguro da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será considerado o valor vigente na data do acidente.

1.4. DOCUMENTOS

- 1.4.1. Além dos documentos descritos no **item 18.1 da CLÁUSULA 18 - DOCUMENTOS das CONDIÇÕES GERAIS**, deverá ser apresentada a **Documentação Complementar** para a cobertura de **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**:
- a) Cópia do Boletim de ocorrência (B.O.), se cabível;
 - b) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - c) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado);
 - d) Exame de Corpo Delito, quando indicado;
 - e) Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;
 - f) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico que assistiu o segurado, com firma reconhecida em cartório, contendo o histórico de atendimento, o diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
 - g) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, (se houver);
 - h) Original do Exame de raios-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);
 - i) No caso de alienação mental, total e incurável: além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva

1.5. AVALIAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

- 1.5.1. 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 este seguro, devendo ser comprovada por Relatório Médico.
- 1.5.2. A Seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames realizados por médico de sua indicação para confirmar a existência ou o grau de invalidez.
- 1.5.3. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 1.5.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá oferecer ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 1.5.5. A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.

- 1.5.6. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem e, caso as partes resolvam realizar nova junta médica, a parte que impossibilitou a realização da junta deverá arcar integralmente com as despesas da nova constituição.
- 1.5.7. A ausência de manifestação ou recusa do segurado para a realização da junta médica e/ou da perícia médica ensejará no encerramento do processo de sinistro sem indenização por impossibilidade da caracterização de umas das coberturas contratadas.
- 1.5.8. O segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua conta, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para a cura completa.
- 1.5.9. O pagamento da indenização será efetuado de uma única vez.

1.6. CANCELAMENTO DA COBERTURA E/OU DO SEGURO

- 1.6.1. Além do disposto na **CLÁUSULA 23 - CERTIFICADO DO SEGURO das CONDIÇÕES GERAIS**, a cobertura do Certificado do Seguro também termina, observada as condições contratuais do seguro, com a exclusão do segurado da apólice por **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**

1.7. RATIFICAÇÃO

- 1.7.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas condições gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.