

# SEGURO VIDA PRESTAMISTA

## Condições Gerais

### Versão 2.1

CNPJ 28.196.889/0001-43  
Processo SUSEP nº 15414.003063/2009-70

## ÍNDICE

1. OBJETO DO SEGURO .....	3
2. DEFINIÇÕES .....	3
3. GARANTIAS DO SEGURO .....	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS .....	7
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	8
6. CARÊNCIA.....	8
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	8
8. BENEFICIÁRIOS .....	9
9. CAPITAL SEGURADO .....	11
10. CUSTEIO DO SEGURO .....	11
11. REGIME FINANCEIRO .....	11
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO .....	11
13. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	11
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	12
15. SUSPENSÃO, CANCELAMENTO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS.....	12
16. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	13
17. PERDA DE DIREITOS .....	14
18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE .....	15
19. CANCELAMENTO DA APÓLICE .....	15
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	15
21. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS .....	17
22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE .....	17
23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	18
24. PRESCRIÇÃO.....	18
25. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES .....	18
26. FORO.....	18
<b>CONDIÇÕES ESPECIAIS .....</b>	<b>19</b>
<b>CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA .....</b>	<b>19</b>
27. OBJETO DA COBERTURA.....	19
28. GARANTIAS DO SEGURO .....	19
29. CAPITAL SEGURADO .....	19
30. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	19
31. BENEFICIÁRIOS.....	20
32. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	20
33. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	20
<b>OUVIDORIA .....</b>	<b>21</b>

## SEGURO VIDA PRESTAMISTA – VERSÃO 2.1

### CONDIÇÕES GERAIS

#### 1. OBJETO DO SEGURO

O presente seguro de pessoas tem por objeto garantir, **até o limite do capital segurado**, a quitação ou amortização das dívidas assumidas pelo Segurado, pessoa física, oriundas de operações de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil com o Estipulante, desde que o evento esteja enquadrado em uma das **coberturas expressamente contratadas, observadas as limitações e exclusões de risco, conforme contrato de seguro firmado pelo Estipulante, que deve estar vigente no momento da ocorrência do evento, assim como a respectiva cobertura individual.**

#### 2. DEFINIÇÕES

##### ACIDENTE PESSOAL

O evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e violento, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, **tenha como consequência DIRETA a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, DO SEGURADO**, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada 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 tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **EXCLUEM-SE DESSE CONCEITO:**

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, **INCLUSIVE OS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS**, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.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 esses, 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;
- 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, definido nesta cláusula.

##### ADITIVO

Equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir o instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder as alterações na apólice.

##### APÓLICE

Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.

##### ATO ILÍCITO

Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

**AVISO DE SINISTRO**

Comunicação específica de um sinistro, que o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento coberto. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

**BENEFICIÁRIO**

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

**BOA FÉ**

Princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras e completas na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

**CAPITAL SEGUADO**

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

**CARREGAMENTO**

Importância destinada a atender as despesas administrativas e de comercialização.

**CERTIFICADO INDIVIDUAL**

Documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

**COBERTURAS DE RISCO**

Garantia do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do(a) Segurado(a) a uma data predeterminada.

**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.

**COMPANHEIRA(O)**

É a pessoa que convive em união estável, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família. Pessoa que se une a outra e que se apresenta à sociedade como se fosse legitimamente casada, formando uma entidade familiar. Somente é reconhecida como entidade familiar a união estável entre o homem e a mulher. Não se constitui união estável a relação de pessoas impedidas de se casar. As relações não eventuais entre o homem e a mulher, impedidos de casar, constituem concubinato.

**CONDIÇÕES CONTRATUAIS**

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato de seguro, da proposta de adesão e do certificado individual.

**CONDIÇÕES ESPECIAIS**

conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

**CONDIÇÕES GERAIS**

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e do Estipulante.

**CONTRATO DE SEGURO**

Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

**CORRETOR**

É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Sociedades Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Público ou Direito Privado.

**O Corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**

### **CUSTEIO DO SEGURO**

Responsabilidade pelo pagamento do prêmio do seguro. De acordo com a opção feita pelo Estipulante, o custeio poderá ser:

- a) Contributário:** em que o Segurado participa do pagamento do prêmio, integral ou parcialmente.
- b) Não Contributário:** em que o Estipulante é o responsável pelo pagamento do prêmio integral.

### **DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE**

É o documento legal e formal, 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, sob sua inteira responsabilidade e **sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.**

### **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS**

**São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o segurado omite tratamento realizado, no momento da contratação do seguro. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.**

### **DOENÇA PROFISSIONAL**

É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra em consequência da atividade profissional desempenhada.

### **DOLO**

É qualquer ato consciente com que alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Na definição jurídica considera-se a vontade conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.

### **ENDOSSO**

Documento por meio do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

### **ESTIPULANTE**

Pessoa física ou jurídica que contrata plano de seguro coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificado como Estipulante/averbador por não participar do custeio do plano.

### **EVENTO COBERTO**

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice contratada.

### **FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO**

Documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à Seguradora, devidamente assinado pelo solicitante.

### **FORO**

Âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.

### **GRUPO SEGURADO**

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

### **GRUPO SEGURÁVEL**

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

### **IMPOTÊNCIA FUNCIONAL**

É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera diminuição da capacidade física ou intelectual ao indivíduo.

### **INDENIZAÇÃO**

É o valor a ser pago ao Beneficiário pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro.

**INÍCIO DE VIGÊNCIA**

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

**INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL**

É a data a partir da qual a Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada Segurado.

**MÉDICO ASSISTENTE**

É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.

**Não serão aceitos 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.**

**NOTA TÉCNICA ATUARIAL**

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

**NULIDADE**

Ineficácia de um ato jurídico, em virtude de haver sido executado com transgressão à regra legal. É, portanto, o ato que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.

**PACIENTE TERMINAL**

Considera-se paciente terminal os portadores de doenças que apresentem estado clínico grave e para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, **sem perspectiva de recuperação** e para os quais **há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento de sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.**

**PARÂMETROS TÉCNICOS**

A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

**PERÍODO DE COBERTURA**

Prazo de duração da garantia contratada, respeitada as condições contratuais, no qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

**PRAZO DE CARÊNCIA**

Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

**PRÊMIO**

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

**PRÊMIO COMERCIAL**

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos, se houver.

**PRÊMIO PURO**

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.

**PROPONENTE**

Pessoa física que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

**PROPOSTA DE ADESÃO**

Documento contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

**REABILITAÇÃO DO SEGURO**

É o restabelecimento das coberturas contratadas, após aceitação da Seguradora e pagamento do(s) prêmio(s) em atraso.

### **REDUÇÃO FUNCIONAL**

É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

### **REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES**

A 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 ocorridos nesse período.

### **REGULAÇÃO DE SINISTRO**

É o exame das causas e circunstâncias do evento reclamado a fim de se caracterizar o risco ocorrido e avaliar a sua cobertura bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

### **RISCOS EXCLUÍDOS**

Correspondem aos riscos previstos nas condições contratuais não cobertos pelo plano de seguro contratado.

### **SEGURADO**

Pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

### **SEGURADO PRINCIPAL**

É o Segurado vinculado por qualquer forma ao estipulante.

### **SEGURADOS DEPENDENTES**

É o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, quando incluído no contrato de seguro pelo Segurado Principal, desde que não seja segurável como Segurado Principal.

### **SEGURADORA**

É a empresa legalmente constituída para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.

### **SINISTRO**

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

### **VIGÊNCIA DO SEGURO**

É o período fixado para validade do contrato de seguro.

### **VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL**

Período em que, respeitada a apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

## **3. GARANTIAS DO SEGURO**

**3.1. Cobertura de Morte Natural ou Acidental do Segurado (MNA):** É a garantia do pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s) do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura em caso de morte natural ou acidental do Segurado, observadas as condições gerais e **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

## **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

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

- a) **DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOÇÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- b) **DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE 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 EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- c) **DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DA SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;**

- d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;
  - e) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
  - f) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, BEM COMO OS PRATICADOS, NO CASO DE PESSOA JURÍDICA, POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES.
- 4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO SUBITEM 4.1, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS:
- 4.2.1 OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
  - 4.2.2 INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
  - 4.2.3 EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;
  - 4.2.4 DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:
    - a) QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;
    - b) DIRIGIDOS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
    - c) OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES.
5. **ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA**
- 
- 5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.
6. **CARÊNCIA**
- 
- 6.1. Haverá carência para a hipótese de suicídio ocorrido nos primeiros dois anos de contratação do seguro ou de sua recondução, no caso de suspensão.
7. **ACEITAÇÃO DO SEGURO**
- 
- 7.1. A CONTRATAÇÃO DO SEGURO SE FORMALIZARÁ MEDIANTE A ACEITAÇÃO, PELA SEGURADORA, DA PROPOSTA DE SEGURO QUE LHE FOI SUBMETIDA PELO ESTIPULANTE OU POR SEU CORRETOR DE SEGUROS, INSTRUMENTALIZANDO-SE O CONTRATO POR MEIO DA EMISSÃO DA APÓLICE, QUE CONFIRMARÁ O INTEIRO TEOR DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E TRARÁ AS DEMAIS INFORMAÇÕES EXIGIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.
- 7.2. Poderá ser aceito como segurado todo o proponente, pessoa física, que tenha assumido dívida ou compromisso com o Estipulante e esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional ou aposentado por tempo de serviço, em perfeitas condições de saúde e com idade elegível, conforme definido no Contrato de seguro firmado com o Estipulante.
- 7.3. 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.
- 7.4. A IDADE DO SEGURADO, NA DATA DE CONTRATAÇÃO OU RENOVAÇÃO DO SEGURO, SOMADA AO PRAZO DA OPERAÇÃO DE CRÉDITO NÃO PODERÁ SER SUPERIOR A IDADE MÁXIMA ESTABELECIDADA NO CONTRATO DE SEGURO.
- 7.5. A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.
- 7.6. A contratação do seguro se formalizará após a aceitação do risco pela Seguradora, que será avaliado por meio do preenchimento e assinatura da proposta de adesão pelo proponente e declaração pessoal de saúde. A Seguradora tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na Seguradora para aceitação ou recusa do risco. A data da aceitação da proposta será a do término do prazo de 15 (quinze) dias, em caso de ausência de manifestação formal da Seguradora.



- 7.7. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a Seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega dos documentos ou dos exames solicitados.
- 7.7.1 Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 7.8. A recusa do risco será devidamente justificada e comunicada ao proponente por escrito.
- 7.9. A ausência de manifestação por escrito no prazo previsto de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 7.10. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões ou de declarações inexatas de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro.
- 7.11. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta.
- 7.12. Durante a avaliação do risco, respeitados os itens 7.6 e 7.7, a partir do recebimento da Proposta pela Seguradora com o pagamento do prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional, conforme definição do item 7.13.
- 7.13. Considera-se cobertura condicional para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura ao proponente durante o prazo de até 15 (quinze) dias a contar da data do recebimento da proposta de adesão com antecipação do prêmio até a data da aceitação da proposta ou formalização da recusa, o que ocorrer primeiro, a cobertura condicional se dará desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.
- 7.14. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos, deduzindo o prêmio “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.
- 7.15. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 7.14, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, NO CASO DE EXTINÇÃO DO ÍNDICE PACTUADO, O ÍNDICE A SER UTILIZADO SERÁ O IGP-M/FGV – ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.
- 7.16. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.15, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 7.17. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR PROCURAÇÃO.
- 7.18. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue ao Segurado.

## 8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. **Primeiro Beneficiário:** o Estipulante do Seguro até o saldo devedor da operação de crédito especificado na proposta, financiamento ou arrendamento mercantil de responsabilidade do segurado, na data do pagamento da indenização, **limitado ao capital segurado individual.**
- 8.1.1 Para a quitação do saldo devedor junto ao estipulante será considerado o valor devido na data do pagamento da indenização, respeitado o capital segurado individual contratado.
- 8.1.2 Nos casos de operações de crédito, financiamentos ou arrendamentos mercantis com mais de um mutuário/titular-solidário – para as apólices que prevejam esta possibilidade no Contrato de Seguro, a garantia 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 do sinistro.

- 8.2. Segundo Beneficiário:** o eventual valor de indenização que ultrapassar o saldo devedor da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil será pago pela Seguradora aos Beneficiários indicados pelo Segurado. Na falta de indicação de beneficiários, deverá ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil, ou seja, por metade ao cônjuge e, o restante, aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 8.2.1** O(a) companheiro(a) poderá ser equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro ou separado de fato.
- 8.2.2** Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência), e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos Beneficiários legais do segurado, conforme item 8.2.
- 8.2.3** 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 manifestação de vontade do segurado
- 8.2.4** Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos beneficiários não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 8.2.2 e 8.2.3, considerando que o Beneficiário comoriente não adquire qualquer direito ao capital segurado.
- 8.3.** Todo Segurado tem o direito de indicar o Beneficiário do seguro, observado o disposto nos itens 8.1 e 8.2.
- 8.4. O SEGURADO PODE, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O SEGUNDO BENEFICIÁRIO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.**
- 8.4.1** O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.
- 8.4.2** QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO PRIMEIRO DIA ÚTIL SUBSEQUENTE A DATA DO PROTOCOLO NA SEGURADORA, DESDE QUE DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.
- 8.4.3** EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.
- 8.5. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DA INDENIZAÇÃO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.**
- 8.6. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S) ULTRAPASSE EQUIVOCADAMENTE 100% (CEM POR CENTO), SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:**
- 8.6.1** QUANDO HOUVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA APENAS UM DOS BENEFICIÁRIOS, ESSE PERCENTUAL SERÁ MANTIDO. OS 50% (CINQUENTA POR CENTO) RESTANTES SERÃO RATEADOS ENTRE OS DEMAIS BENEFICIÁRIOS, OBEDECENDO-SE A MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.
- 8.6.2** QUANDO NÃO HOUVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA NENHUM BENEFICIÁRIO, O RATEIO SERÁ EFETUADO OBEDECENDO-SE A MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.
- 8.7. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AOS BENEFICIÁRIOS NÃO ATINJA 100% (CEM POR CENTO), DEVIDO A EQUÍVOCO DO SEGURADO NA DETERMINAÇÃO DESSES PERCENTUAIS, SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:**
- 8.7.1** HAVENDO MAIS DE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO ENTRE ELES, OBEDECENDO-SE A MESMA PROPORÇÃO DOS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.

**8.7.2 HAVENDO SOMENTE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO NOS TERMOS DO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL, BUSCANDO PRESERVAR A MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DO SEGURADO.**

## **9. CAPITAL SEGURADO**

- 9.1. O Capital Segurado corresponderá ao valor contratado pelo Segurado ou ao valor inicial da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil, ou ainda, ao saldo devedor, conforme definido no Contrato, e corresponderá ao valor máximo da indenização devido em decorrência de evento coberto.
- 9.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Seguradora e do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do falecimento do segurado.
- 9.3. O Capital Segurado será pago aos beneficiários, respeitando-se as regras descritas no item 8 – BENEFICIÁRIOS.

## **10. CUSTEIO DO SEGURO**

- 10.1. De acordo com a opção do Estipulante, o custeio será definido no Contrato de Seguro e poderá ser contributivo ou não contributivo.

## **11. REGIME FINANCEIRO**

- 11.1. **Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.**
- 11.2. **No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.**

## **12. PAGAMENTO DE PRÊMIO**

- 12.1. **O valor do prêmio será determinado na data da contratação do seguro.**
- 12.2. Para garantir o direito à cobertura, o prêmio do seguro deverá ser pago até a data de seu vencimento.
- 12.3. A periodicidade de pagamento do Prêmio de Seguro poderá ser único, anual, fracionado ou mensal, conforme definido no Contrato de Seguro.
- 12.4. **Quando o prazo da operação de crédito for inferior a 1 (um) ano, o prêmio será calculado “pro rata temporis”.**
- 12.5. A forma de pagamento do prêmio será definida no Contrato de Seguro.
- 12.6. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias, e sem acréscimo de valor.
- 12.7. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 12.8. **EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 18 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.**
- 12.9. Nos Seguros contributivos, o não repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora (nos termos do item 15 – SUSPENSÃO, CANCELAMENTO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS), e sujeita o Estipulante às cominações legais.

## **13. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL**

- 13.1. **O início da cobertura do certificado individual ou proposta certificada será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora. No caso de propostas recebidas 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.**
- 13.2. **O prazo de vigência da cobertura individual poderá ser de 1 (um) ano ou equivalente ao prazo da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil com o Estipulante, conforme definido no Contrato de Seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva.**
- 13.3. **A apólice pode ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa e acontecerão até o vencimento da respectiva**

apólice, respeitadas as cláusulas de Término da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.

13.3.1 Quando o seguro for contratado na mesma data da contratação da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil, 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, financiamento ou arrendamento mercantil.

13.3.2 Quando o seguro for contratado em data posterior à contratação da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil, o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro até a data de término da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil.

13.4. O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual ou proposta certificada e seu início e término será às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nele indicadas.

13.5. Os casos de renegociação da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil deverão ser comunicados imediatamente à seguradora e estarão sujeitos à análise de aceitação da seguradora, conforme definido no Contrato de Seguro.

#### 14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

14.1. Os critérios de atualização dos valores de Capitais segurados e prêmios serão aqueles definidos no Contrato de Seguro, podendo ser:

14.2. **Sem aplicação de atualização monetária:** Não haverá atualização monetária, entretanto, os capitais segurados e prêmios de cada seguro serão determinados conforme o valor da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil.

14.3. **Com aplicação de atualização monetária:** O capital segurado e prêmios de cada seguro serão atualizados anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV - Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário da data de contratação do seguro individual. Em caso de extinção do índice pactuado será adotado o IPCA-IBGE/Índice de Preço ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

#### 15. SUSPENSÃO, CANCELAMENTO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

15.1. **PARA OS SEGUROS COM PRÊMIO ÚNICO OU ANUAL NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DA COBERTURA, POIS O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO CARACTERIZARÁ A NÃO CONTRATAÇÃO OU NÃO RENOVAÇÃO DO SEGURO. A NÃO RENOVAÇÃO SERÁ VÁLIDA PARA APÓLICES COM POSSIBILIDADE DE RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL, CONFORME ESTIPULADO NAS CONDIÇÕES PARTICULARES.**

15.2. **EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO MENSAL OU FRACIONADO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO SERÁ EFETIVADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO.**

15.3. **PARA OS SEGUROS COM PRÊMIOS MENSAIS:**

15.3.1 **NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, HAVERÁ SUSPENSÃO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER O CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL.**

15.3.2 **O PERÍODO DE SUSPENSÃO INICIARÁ A PARTIR DA DATA DE INADIMPLÊNCIA DO PRÊMIO E PREVALECERÁ ATÉ A DATA DO CANCELAMENTO DO SEGURO.**

15.3.3 A Seguradora comunicará por escrito, em até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso, **SOB PENA DE CANCELAMENTO DO CONTRATO.** Esta correspondência funciona como **NOTIFICAÇÃO** para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), **SOB PENA DA APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO ITEM 15.3.4 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.**

15.3.4 **APÓS O PRAZO CONCEDIDO PARA A REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA, DESCRITO NAS CONDIÇÕES PARTICULARES, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 7 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA, SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.**

#### 15.4. PARA OS SEGUROS COM PRÊMIOS FRACIONADOS:

15.4.1 CONFIGURADO O NÃO PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE:

a) A TABELA DE PRAZO CURTO A SEGUIR:

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

a.1) PARA OS PERCENTUAIS NÃO PREVISTOS, NA TABELA ACIMA, DEVERÃO SER APLICADOS OS PERCENTUAIS IMEDIATAMENTE SUPERIORES.

b) CÁLCULO PRÓ-RATA DIA.

15.4.2 A FORMA DE CÁLCULO DO AJUSTE DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL, TABELA DE PRAZO CURTO OU PRÓ-RATA DIA, SERÁ DEFINIDA NAS CONDIÇÕES PARTICULARES.

15.4.3 DURANTE O PRAZO CONCEDIDO PARA A REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA, CONFORME DEFINIDO NAS CONDIÇÕES PARTICULARES, O SEGURADO PODERÁ QUITAR O(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, ACRESCIDOS DOS ENCARGOS PREVISTOS NOS ITENS 15.5 E 15.6. NESTE CASO, SERÁ RESTAURADO O PRAZO DE VIGÊNCIA ORIGINALMENTE CONTRATADO.

15.4.4 Desde que previsto nas condições particulares, poderá ser antecipado o pagamento de parcelas a vencer com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

15.4.5 AO TÉRMINO DO PRAZO CONCEDIDO PARA A REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA, CONFORME ITEM 15.4.3. SEM QUE O(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO TENHA(M) SIDO QUITADOS, A VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADA, CONFORME DEFINIDO NAS CONDIÇÕES PARTICULARES.

15.4.6 A SEGURADORA COMUNICARÁ POR ESCRITO O PRAZO DE VIGÊNCIA AJUSTADO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

15.5. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, CALCULADA NA BASE “PRÓ-RATA DIA”, NO CASO DE EXTINÇÃO DO ÍNDICE PACTUADO, O ÍNDICE A SER UTILIZADO SERÁ O IGP-M/FGV – ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.

15.6. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.5, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% (ZERO VÍRGULA VINTE E CINCO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

#### 16. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1. A cobertura individual de cada Segurado termina:

- no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitadas as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, observado o período correspondente ao prêmio pago;
- em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;

- c) com a exclusão do Segurado da apólice:
  - i. pelo pagamento da indenização por Morte;
  - ii. por falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro ou de 2 (duas) parcelas consecutivas ou não, respeitado o prazo de vigência ;
  - iii. na data de fim de vigência da cobertura individual, conforme originalmente contratada ou ajustada em razão da inadimplência do prêmio fracionado;
  - iv. na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.
- d) com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

## 17. PERDA DE DIREITOS

- 17.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):
- a) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
  - b) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTES SEGURO;
  - c) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 17.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 17.1 ALÍNEA “A” NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, A SEGURADORA PODERÁ:
- I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:
    - a) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
    - b) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
  - II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:
    - a) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
    - b) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.
  - III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO.
    - a) COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL ANTES DE EFETUAR O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO;
    - b) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO.
- 17.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE O SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.
- 17.3.1 RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE QUE AGRAVE O RISCO, SEM CULPA DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO DE SEGURO, NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO.
- 17.3.2 ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM SE CARACTERIZA COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESAO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.
- 17.3.3 A RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

## 18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 18.1. A apólice coletiva de seguro será objeto de renovação automática, por uma única vez, **ficando as demais renovações sujeitas à anuência prévia tanto da Seguradora, como do Estipulante.**
- 18.2. **A apólice poderá não ser renovada de forma automática, por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência da apólice, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.**
- 18.3. As demais renovações deverão se dar por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação, de acordo com o item 18.2.
- 18.4. **Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos Segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.**

## 19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 19.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 21 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA EM CURSO DOS SEGUROS INDIVIDUAIS, RESPEITADO O PERÍODO CORRESPONDENTE AO PRÊMIO PAGO.
- 19.2. **ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**
- 19.3. **A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.**

## 20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 20.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o Segurado ou seu Beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora por meio da central de atendimento.
- 20.2. **Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:**
- 20.2.1 Documentação para **qualquer evento:**
- Formulário “aviso de sinistro” assinado pelo solicitante;
  - Cópia do RG e CPF do Segurado;
  - Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
  - Formulário Individual “Autorização de Pagamento de Sinistro”
- 20.2.2 **Além dos documentos descritos no item 20.2.1, para o evento de Morte** deverão ser apresentados também os seguintes documentos:
- Cópia da Certidão de óbito do Segurado;
  - Relatório Médico carimbado e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida em cartório;
  - Formulário de Autorização de Pesquisa Médica;
  - Exames Médicos Realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado, se o caso;
  - Quando se tratar de Evento Acidental, além do documento descrito na letra “a)” deste item 20.2.2, também deverá ser apresentada:
    - Cópia do Laudo de Necropsia;
    - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
    - Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), se cabível;
    - Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e se o Segurado for o piloto;
    - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor;
    - Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;

VII. 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).

**20.2.3 Além dos documentos descritos nos itens 20.2.1 e 20.2.2, o(s) Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:**

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s);
  - I. 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;
  - II. **Independente 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) e indicação de número de telefone para contato:
  - I. Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s);
  - II. Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
  - III. Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s).

**20.2.4 Além dos documentos descritos nos itens 20.2.1 e 20.2.2, na falta de Beneficiários indicados pelo Segurado, o(s) Beneficiário(s) legal(is) deverá(ão) apresentar também os documentos descritos no item 20.2.3 e:**

- a) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, necessária somente caso o estado civil do Segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;
- b) Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida por órgão previdenciário, ou ainda, cópia da declaração de imposto de renda onde conste que o(a) companheiro(a) é dependente do Segurado, necessária somente caso exista companheira(o);
- c) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do Segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento.

**20.3. Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil mediante apresentação de documentação comprobatória.**

**20.4. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DO(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**

**20.5. O Segurado, ao aderir ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.** Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado por meio de seu médico assistente.

**20.6. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 20.2.**

**20.7. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 20.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 20.6 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.**

**20.8. 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, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**

**20.9. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE.**

**20.10. O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SERÁ EFETUADO EM PARCELA ÚNICA.**

**20.11. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 20, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, NO CASO DE EXTINÇÃO DO ÍNDICE PACTUADO, O ÍNDICE A SER UTILIZADO SERÁ O**



**IGP-M/FGV – ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

- 20.12.** ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 20.11, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 20.13.** O PAGAMENTO DE VALORES RELATIVOS À ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS FAR-SE-Á INDEPENDENTEMENTE DE NOTIFICAÇÃO OU INTERPELAÇÃO JUDICIAL, DE UMA SÓ VEZ, JUNTAMENTE COM OS DEMAIS VALORES DO CONTRATO.

## **21. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS**

- 21.1.** EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.
- 21.2.** PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.
- 21.3.** Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.
- 21.3.1** A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.
- 21.3.2** No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 21.3.3** No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 21.3.4** A Seguradora deverá, sendo o caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

## **22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

### **22.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:**

- a) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;
- b) MANTER A SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;
- c) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER, INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;
- d) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDADA;
- e) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE;
- f) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;
- g) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA O SEGURADO;
- h) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;
- i) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;

- j) **COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;**
- k) **FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO; E**
- 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 CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE.**

**22.2. NO CASO DE SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUB-ESTIPULANTE:**

- a) **COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;**
- b) **RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, 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 ESTES PRODUTOS.**

## **23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE**

---

**23.1.** A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante e ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da Seguradora respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. A Seguradora fica responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizadas.**

## **24. PRESCRIÇÃO**

---

**24.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

## **25. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

---

**25.1.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

**25.2.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

**25.3.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**25.4.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

## **26. FORO**

---

**26.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.

**26.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

### CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

#### 27. OBJETO DA COBERTURA

27.1. O objeto desta cobertura é a garantia do pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), **mediante o pagamento de prêmio específico, até o limite do capital segurado**, em caso de ocorrência de evento coberto, nos termos destas condições especiais e das condições gerais do produto contratado, **desde que a apólice e a cobertura individual estejam em vigor na data de ocorrência do evento e não se trate de risco expressamente excluído.**

#### 28. GARANTIAS DO SEGURO

28.1. **Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia de 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 no item 28.1.2, **causada por acidente pessoal coberto e desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

28.1.1. Para fins deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente aquela que, após a conclusão do tratamento médico, não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total do uso de um membro ou órgão relacionado no item 28.1.2.

28.1.2. A Invalidez Permanente Total coberta, desde que provocada por acidente pessoal coberto, será constatada e avaliada, QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA, nos seguintes casos:

- a) perda total e definitiva da visão de ambos os olhos;
- b) perda total e definitiva do uso de ambos os membros superiores;
- c) perda total e definitiva do uso de ambos os membros inferiores;
- d) perda total e definitiva do uso de ambas as mãos;
- e) perda total e definitiva do uso de um membro superior e de um membro inferior;
- f) perda total e definitiva do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) perda total e definitiva do uso de ambos os pés;
- h) alienação mental, total e incurável, devendo ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da Indenização ao curador;
- i) Nefrectomia bilateral.

28.1.3. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão constante no item 28.1.2, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado relativo à cobertura básica.

28.1.4. A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO À INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.

28.1.5. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE RELATÓRIO MÉDICO.

#### 29. CAPITAL SEGURADO

29.1. O Capital Segurado corresponderá ao valor contratado pelo Segurado ou o saldo devedor, de acordo com o Contrato de Seguro firmado com a Estipulante e corresponderá ao valor máximo da indenização devido em decorrência de evento coberto.

29.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Seguradora e do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

#### 30. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

30.1. Além das situações previstas no item 16 das Condições Gerais, a cobertura de qualquer Segurado cessa:

- a) EM CASO DE OCORRÊNCIA DE QUALQUER UMA DAS HIPÓTESES PREVISTAS NO ITEM 16 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL DAS CONDIÇÕES GERAIS;
- b) Com a exclusão do Segurado da apólice pelo pagamento da indenização por IPTA.

## 31. BENEFICIÁRIOS

- 31.1. Primeiro Beneficiário:** o Estipulante do Seguro, conforme regras descritas no item 8.1 das Condições Gerais.
- 31.2. Segundo Beneficiário:** o eventual valor de indenização que ultrapassar o saldo devedor da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil será pago pela Seguradora ao próprio Segurado ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente a represente nos atos da vida civil desde que devidamente comprovado.

## 32. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 32.1.** Ocorrendo a invalidez permanente total por acidente, coberta pelo seguro, o Segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Seguradora.
- 32.2. Além dos documentos descritos nos itens 20.2.1 e 20.2.2 (exceto as exigências contidas na letra “a” e no subitem “I” da letra “b”) das condições gerais, para o evento Invalidez Permanente Total por Acidente** deverão ser apresentados também:
- a)** Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
  - b)** Formulário de Autorização de Pesquisa Médica, assinado pelo Segurado ou seu representante legal, quando for o caso;
  - c)** Relatório médico, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório;
  - d) No caso de alienação mental, total e incurável:** além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.
- 32.3. A SEGURADORA SE RESERVA O DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO PARA CONFIRMAR A EXISTÊNCIA E/OU O GRAU DA INVALIDEZ.**
- 32.4.** 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, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 32.5.** 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 parte 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.
- 32.6. 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.**
- 32.7. A AUSÊNCIA DE MANIFESTAÇÃO 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.**

## 33. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 33.1. APLICAM-SE ÀS COBERTURAS PREVISTAS NESTA CLÁUSULA ADICIONAL TODOS OS TERMOS E AS DISPOSIÇÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE QUE NÃO CONTRARIEM OS DISPOSITIVOS EXPRESSOS NESTA CLÁUSULA ADICIONAL.**

---

## OUVIDORIA

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

## CONTATO

**Ouvidoria:** 0800 880 2930 ou pelo site [www.bbseguros.com.br](http://www.bbseguros.com.br)

**Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala:** 0800 962 7373

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

---

**Disque Denúncia**  
**0800-775-7333**

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

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, o Banco do Brasil 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.