

SEGURO DE PESSOAS

Prestamista - BB Seguro Imóvel

Condições Gerais e Especiais

Versão 1.2

CNPJ 28.196.889/0001-43

Processo SUSEP nº 15414.900562/2014-74

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 24h no exterior (55) 16 3111-8600

Horário de atendimento: 24 horas (todos os dias)

Contratação, renovação e alteração na Apólice 0800 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: 24h (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.....	8
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO	8
7. BENEFICIÁRIOS	8
8. PERDAS DE DIREITOS	8
COMO CONTRATAR	9
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	9
10. CONTRATO COLETIVO	10
11. ADESÃO AO SEGURO	11
DURAÇÃO DO SEGURO	12
12. VIGÊNCIA.....	12
CAPITAL SEGURADO	12
13. MODALIDADE VINCULADO	12
14. CAPITAL SEGURADO APLICADO - DATA DO EVENTO.....	13
15. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO	13
CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)	13
16. FORMA DE PAGAMENTO.....	13
17. REENQUADRAMENTO DAS TAXAS.....	13
18. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO E PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	14
COMO ACIONAR O SEGURO (AVISO DE SINISTRO).....	15
19. DOCUMENTOS	15
20. JUNTA MÉDICA.....	16
21. PERÍCIA MÉDICA.....	17
22. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	17
RENOVAÇÃO DO SEGURO	18
23. RENOVAÇÃO	18
CANCELAMENTO DO SEGURO	18
24. APÓLICE	18
25. CERTIFICADO DO SEGURO.....	19

ESTIPULANTE.....	19
26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
27. REGIME FINANCEIRO.....	21
28. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS	21
29. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	21
30. PRESCRIÇÃO	21
31. FORO.....	21
32. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	22
CONSULTA AOS TERMOS TÉCNICOS (GLOSSÁRIO).....	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	28
1. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	28
2. COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD.....	29

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. COBERTURAS BÁSICAS

- a) **Morte Natural ou Acidental (MNA):** Garante o pagamento do Capital Segurado, em caso de morte do Segurado, natural ou decorrente de Acidente Pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro.

- 2.2. Para a caracterização da cobertura, 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:

2.2.1. Eventos cobertos:

- a) Suicídio ou a sua tentativa, ressalvado o prazo de Carência.
- b) Acidentes decorrentes de:
- b.1) Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - b.2) Escapamento acidental de gases e vapores;
 - b.3) Sequestros e tentativas de sequestros;
 - b.4) Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.2.2. Eventos não cobertos:

- a) 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;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta definição.

2.2. COBERTURAS ADICIONAIS

- a) **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);**
- b) **Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD).**

2.3. É facultada a escolha das Coberturas do Seguro. O conjunto das Coberturas contratadas estará identificada na Proposta de Adesão e Certificado Individual, sendo obrigatória a contratação da Cobertura Básica.

2.4. O pagamento das indenizações relativas às coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD não se acumulam. O pagamento da indenização por IPTA ou IFPD 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 ou doença, não restará diferença de indenização a ser paga.

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 de 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, independente 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. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, incluem-se os danos causados por atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores e/ou seus respectivos representantes;
- 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 seunexo 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;
- k) Doenças provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por sequestros e suas tentativas, ainda que decorrente de acidente coberto, exceto invalidez permanente;
- l) Doenças ou lesões preexistentes, não declaradas na proposta de adesão, de conhecimento do segurado na data da contratação do seguro;
- m) De todo e qualquer dano e/ou sequela causados pela doença identificada como acidente vascular cerebral – avc/derrame.

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 da sua recondução depois de suspenso ou do aumento do valor do Capital Segurado ou da contratação da cobertura.
- 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.

7.2. **Segundo Beneficiário** - Eventual diferença entre o valor indenizado ao Estipulante e o Capital Segurado vigente na data do evento será paga aos Beneficiários Legais, ou seja, metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros legais.

a) **Para efeitos deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro ou separado de fato.**

7.3. No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), **o beneficiário será o próprio Segurado.**

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 parcial do Capital Segurado:**

b.1) Efetuar o pagamento da indenização devida e cancelar o seguro, após o prévio recebimento do custo do seguro acrescido da diferença cabível proporcional ao tempo decorrido ou mediante a dedução do custo do seguro devido da indenização, quando o Beneficiário for o próprio Segurado; ou

b.2) Mediante acordo entre as partes, efetuar o pagamento da indenização e permitir a continuidade do seguro, após prévio recebimento da diferença do custo do seguro ou da sua dedução da indenização devida ao Beneficiário, quando for o próprio Segurado, ou ainda, restringir a cobertura contratada para riscos futuros.

c) **Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do Capital Segurado, mediante prévio recebimento da diferença de 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.

c) Entre outras ocorrências, também caracteriza alteração do risco a mudança de atividade/profissão do segurado.

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. Os casos de renegociação da operação de crédito deverão ser comunicados imediatamente à Seguradora e estarão sujeitos à análise de aceitação.

- a) **Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do custo do seguro correspondente ao período remanescente; e**
- b) **Se houver ampliação do prazo original ou aumento do saldo devedor, conseqüentemente do Capital Segurado vigente, à Seguradora deverá se manifestar quanto ao interesse na extensão, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da comunicação, por escrito.**

9.10. 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.
- 10.4. A Apólice será renovada anualmente e deverá garantir a vigência dos certificados individuais emitidos.

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 80 (oitenta) anos, 5 (cinco) meses e 29 (vinte e nove) dias.
- 11.4. **O proponente/segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia 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.**
- 11.5. 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.
- 11.6. **O pagamento antecipado, total ou parcial, não caracteriza a aceitação da proposta.**
 - a) **No caso do seguro pago antecipadamente o proponente terá cobertura 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 no **ITEM 28 - 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.**
- 13.4.** **Nos casos de operações de crédito com mais de um mutuário/titular-solidário – para as apólices que prevejam esta possibilidade no Contrato de Seguro, a cobertura cobrirá somente o saldo devedor de responsabilidade do Segurado, diretamente proporcional ao número de titulares responsáveis pela dívida ou conforme estabelecido em contrato, na data do aviso do sinistro.**

14. CAPITAL SEGURADO APLICADO - DATA DO EVENTO

- 14.1. Para determinação do Capital Segurado para pagamento da indenização do seguro será considerado o valor vigente na data do falecimento do segurado para a cobertura de Morte Natural ou Acidental (MNA).
- 14.2. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), será considerado o valor vigente na data do acidente do Segurado.
- 14.3. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), será considerado o valor vigente na data indicada na declaração médica.

15. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

- 15.1. O valor contratado acompanhará 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 critério de custeio do seguro será definido na Apólice e poderá ser contributivo ou não contributivo.
- 16.3. O custo do seguro será calculado mediante a aplicação da taxa mensal, observada a faixa etária de cada mutuário, sobre o saldo devedor de cada operação de crédito do mês de referência.
- 16.4. A forma de pagamento será por débito em conta corrente ou 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.
- 16.6. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da Apólice.
- 16.7. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

17. REENQUADRAMENTO DAS TAXAS

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

- 17.2.** Ocorrerá o reenquadramento das taxas em função da mudança da Faixa de Idade, e com isso, o prêmio será alterado no mês seguinte da data de aniversário do segurado, conforme tabela abaixo:

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

- 17.3.** Para as coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não ocorrerão reenquadramento das taxas em função da mudança da Faixa Etária.

18. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO E PRAZO DE TOLERÂNCIA

- 18.1.** 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.
- 18.2.** 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.
- 18.3.** Durante o período de tolerância o pagamento indenização não ficará prejudicado, porém estará condicionado a quitação das parcelas atrasadas.
- 18.4.** 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 no **item 28 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.**
- 18.5.** Caso as parcelas atrasadas não sejam pagas durante o período descrito no item 18.2, 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)

19. DOCUMENTOS

19.1. 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;
- c) Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Declaração de Óbito;
- e) Formulário de autorização para crédito do Capital Segurado devido em conta, preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s).

19.2. Documentação Complementar para a cobertura de **Morte Natural**:

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

19.3. Documentação Complementar para a cobertura de **Morte Acidental**:

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

- 19.4.** Para o caso de Morte, sem indicação de Beneficiário, apresentar, para a indicação dos Beneficiários Legais:
- a) Declaração de Herdeiros, com firma reconhecida;
 - b) Certidão de Nascimento dos filhos ou RG e CPF;
 - c) Certidão de Casamento atualizada, se o segurado for casado; ou,
 - d) Comprovação de Convivência Marital na data de óbito do Segurado, por Escritura Pública, Declaração de Imposto de Renda ou condição de beneficiário da Previdência Social, em caso de união estável.
- 19.5.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 19.6.** **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.**
- 19.7.** **A Seguradora poderá obter informações gerais também em órgãos oficiais para fins da execução do contrato de seguro.**
- 19.8.** **As informações obtidas em órgãos oficiais e por força de contratos e convênios poderão dispensar a exigência dos documentos e informações exigidos nesta cláusula.**
- 19.9.** **A Seguradora poderá solicitar documentos complementares necessários à conclusão da análise de cobertura, além dos contratualmente previstos, em caso de dúvida fundada e justificável.**
- 19.10.** **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.**
- 19.11.** **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.**

20. JUNTA MÉDICA

- 20.1.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como para a avaliação de eventual incapacidade do Segurado, a Seguradora deverá propor, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

- 20.2.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 20.3.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.
- 20.4.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 20.5.** A recusa do Segurado para a realização da junta médica e/ou da perícia médica ensejará no indeferimento da indenização por impossibilidade da análise da caracterização da cobertura.
- 20.6.** 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.
- 20.7.** O médico desempatador somente poderá opinar, caso haja divergência nas manifestações dos médicos indicados pelas partes, não sendo válida qualquer manifestação fora desta regra.

21. PERÍCIA MÉDICA

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

22. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 22.1.** 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 às 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 no **item 28 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.****

- 22.2.** 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.
- 22.3.** O pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinguirá a obrigação e o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.

RENOVAÇÃO DO SEGURO

23. RENOVAÇÃO

- 23.1.** A renovação do seguro será automática, por uma única vez, por igual período ao contratado, **devendo as renovações posteriores serem realizadas obrigatoriamente por escrito, mediante proposta.**
- 23.2.** 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.
- 23.3.** 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.
- 23.4.** 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, observada o pagamento do valor do seguro, não sendo admitida novas adesões.
- 23.5.** 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.**
- 23.6.** 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.

CANCELAMENTO DO SEGURO

24. APÓLICE

- 24.1.** 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.

24.2. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

25. CERTIFICADO DO SEGURO

25.1. 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 pelo período correspondente;
- 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, Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
 - c.3)** Por falta de pagamento;
 - c.4)** A pedido do segurado, desde que devidamente formalizado, assinado e protocolado na Seguradora.

25.2. 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

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE

26.1. 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) Repassar 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.**

26.2. É vedado ao Estipulante e ao Subestipulante, **nos seguros contributários**:

- 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 que represente, 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;
- 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.

26.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos custos do seguro pelo Estipulante e Subestipulante, nos prazos contratualmente previstos, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.

- 26.4. 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

27. REGIME FINANCEIRO

- 27.1. 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.
- 27.2. 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.**

28. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

- 28.1. 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 da Fundação 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 de Mercado da Fundação Getúlio Vargas.**
- 28.2. 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.
- 28.3. 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.

29. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 29.1. 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.

30. PRESCRIÇÃO

- 30.1. Os prazos prescricionais serão os determinados em lei.

31. FORO

- 31.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para discutir questões judiciais.

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

32. DISPOSIÇÕES GERAIS

32.1. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

32.2. 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.

32.3. 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)

Agravo Mórbito

Piora de uma doença.

Alienação Mental

Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor

Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Apólice

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

Atividade Laborativa

Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

Auxílio

Ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico

Procedimento técnico–profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

Como acionar o Seguro (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.

Cardiopatia Grave

Doença relacionada às afecções do coração considerada grave.

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.

Cognição

Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

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.

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.

Conectividade com a Vida

Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

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.

Consumpção

Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

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.

Dados Antropométricos

Peso e a altura do segurado.

Declaração Médica

Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Deficiência Visual

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica

Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica

Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade

Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo

Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

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.

Doença em Estágio Terminal

Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.

Doença Neoplásica Maligna Ativa

Crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.

Doença Profissional

Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

Endosso

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

Estado Conexo

O relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

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.

Etiologia

Causa de cada doença.

Fator de Risco e Morbidade

Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

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.

Hígido

Saudável.

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.

Médico-Assistente

Médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Prognóstico

Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

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.

Quadro Clínico

Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica

Incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

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.**

Relações Existenciais

Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

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.

Sentido de Orientação

Faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

Sequela

Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Sinistro

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

Subestipulante

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.

Transferência Corporal

Capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1.1. RISCOS COBERTOS

1.1.1. Esta cobertura adicional, quando contratada, mediante o pagamento de valor de seguro complementar, garante a antecipação do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte ao Beneficiário, em caso de perda ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto do segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, observadas as disposições contratuais.

1.1.2. Para fins deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente aquela que, após a conclusão do tratamento médico e alta médica definitiva, não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento, desde que provocado por acidente pessoal coberto, e determine a perda total e definitiva do uso de um membro ou órgão abaixo relacionado ou seja decorrente de:

- a) **visão de ambos os olhos;**
- b) **ambos os membros superiores;**
- c) **ambos os membros inferiores;**
- d) **ambas as mãos;**
- e) **um membro superior e de um membro inferior;**
- f) **uma das mãos e de um dos pés;**
- g) **ambos os pés;**
- h) **alienação mental, total e incurável;**
- i) **nefrectomia bilateral.**

1.1.3. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão constante no item 1.2, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à cobertura básica.

1.1.4. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente total por acidente.

1.2. DOCUMENTOS

1.2.1. Além dos documentos descritos no item **19 – DOCUMENTOS** das Condições Gerais, para a análise desta cobertura deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Exame de raios X do 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 preenchido, carimbado e assinado 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, para permitir o pagamento do Capital Segurado ao Curador.

1.2.2. A Seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames realizados por médico de sua indicação para CONFIRMAR A INVALIDEZ E/OU O GRAU DE COMPROMENTIMENTO DO ÓRGÃO OU MEMBRO.

1.2.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições de previdência oficiais ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente para efeito desta cobertura, deve ser comprovadas por meio de relatório médico específico, nos termos das condições contratuais deste seguro.

1.3. RATIFICAÇÃO

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

2. COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD

2.1. RISCOS COBERTOS

2.1.1. Esta cobertura adicional, quando contratada, mediante o pagamento de valor de seguro complementar, garante a antecipação do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte ao Beneficiário, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que cause a perda da existência independente do Segurado, caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

2.1.2. Comprovada mediante apresentação de atestado emitido por médico legalmente habilitado, **de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:**

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de deambular;
 - g) deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - g.1) cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g.2) baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g.3) casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - g.4) ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h) doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado;
 - i) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - i.1) perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - i.2) perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - i.3) perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 2.1.3.** Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (Anexo), atingam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 2.1.4.** O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
- 2.1.5.** O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
- 2.1.6.** Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações descritas no Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF.
- 2.1.7.** Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.
- 2.1.8.** O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos (peso e a altura do segurado), Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 2.1.9.** Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

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

2.2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.2.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 3 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:

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

2.3. DOCUMENTOS

2.3.1. Além dos documentos descritos no item 19 – DOCUMENTOS das Condições Gerais, deverão ser apresentados:

- a) relatório do médico-assistente do segurado, com indicação da data da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, que deve ser estabelecida por meio de evidências documentais apuradas em documentos médicos, e detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.**
- b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.**

2.3.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

2.3.3. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

2.3.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições de previdência oficiais ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente para efeito desta cobertura, deve ser comprovadas por meio de relatório médico específico, nos termos das condições contratuais deste seguro.

2.4. RATIFICAÇÃO

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

2.5. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; Necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental?	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou auxílio técnico?	20

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p align="center">1º GRAU:</p> <p>O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?</p>	00
	<p align="center">2º GRAU:</p> <p>O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)?</p>	10
	<p align="center">3º GRAU:</p> <p>O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?</p>	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	02
Há curso de recidiva (reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento) e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	04
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica (incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído)?	08