

SEGURO PRESTAMISTA – BB SEGURO IMÓVEL

Condições Contratuais

Versão 1.0

CNPJ 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP nº 15414.900562/2014-74

ÍNDICE

SEGURO PRESTAMISTA – FAIXA ETÁRIA

| | |
|--|----------|
| CONDIÇÕES GERAIS..... | 4 |
| 1. OBJETO DO SEGURO | 4 |
| 2. DEFINIÇÕES | 4 |
| 3. COBERTURAS DO SEGURO | 6 |
| 4. RISCOS EXCLUÍDOS | 7 |
| 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA..... | 7 |
| 6. CARÊNCIA..... | 7 |
| 7. ACEITAÇÃO DO SEGURO | 8 |
| 8. BENEFICIÁRIOS | 9 |
| 9. CAPITAL SEGURADO | 9 |
| 10. CUSTEIO DO SEGURO | 9 |
| 11. REGIME FINANCEIRO | 9 |
| 12. PAGAMENTO DE PRÊMIO | 9 |
| 13. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL | 10 |
| 14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA..... | 10 |
| 15. SUSPENSÃO, CANCELAMENTO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS..... | 10 |
| 16. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL | 11 |
| 17. PERDA DE DIREITOS | 11 |
| 18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE | 12 |
| 19. REENQUADRAMENTO DAS TAXAS..... | 12 |
| 20. CANCELAMENTO DA APÓLICE | 12 |
| 21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 13 |
| 22. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS | 14 |
| 23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE..... | 14 |
| 24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE..... | 15 |
| 25. PRESCRIÇÃO | 15 |
| 26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | 15 |
| 27. FORO..... | 15 |

CONDIÇÕES ESPECIAIS

| | |
|---|-----------|
| CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA | 16 |
| 1. OBJETO DA COBERTURA..... | 16 |
| 2. CAPITAL SEGURADO | 16 |
| 3. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL | 16 |
| 4. BENEFICIÁRIOS | 16 |
| 5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 16 |
| 6. DISPOSIÇÕES GERAIS | 17 |

CONDIÇÃO ESPECIAL

| | |
|---|-----------|
| COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA- IFPD | 18 |
| 1. OBJETIVO DA COBERTURA..... | 18 |
| 2. DEFINIÇÕES | 18 |
| 3. DA COBERTURA | 19 |
| 4. RISCOS COBERTOS | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 5. RISCOS EXCLUÍDOS | 20 |
| 6. CARÊNCIA..... | 20 |
| 7. ACEITAÇÃO DO SEGURO | 20 |
| 8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA..... | 20 |
| 9. CAPITAL SEGURADO | 20 |
| 10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS..... | 20 |
| 11. PERÍCIA MÉDICA..... | 21 |
| 12. JUNTA MÉDICA..... | 21 |
| 13. CANCELAMENTO DO SEGURO | 22 |
| 14. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO..... | 22 |
| 15. DISPOSIÇÕES GERAIS | 22 |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF | |
| TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS | 23 |
| OUIDORIA | 25 |

SEGURO PRESTAMISTA – FAIXA ETÁRIA

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 contratadas junto ao Estipulante, na ocorrência de um dos riscos cobertos ocorridos durante a vigência do seguro, observadas as coberturas contratadas e os riscos expressamente excluídos nas condições contratuais.

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, 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.

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.

Capital Segurado: 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 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 previstos contratualmente.

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 disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.

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. 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 contributivo ou não contributivo.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: Documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde.

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.

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

Estipulante: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

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

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: 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 legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. **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.**

Paciente Terminal: Portadores de doenças para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresentem estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para os quais há expectativa de morte, onde as medidas terapêuticas utilizadas não permitem o aumento de sobrevida do paciente.

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 durante o qual, respeitadas as condições contratuais, 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.

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.

Seguradora: É a empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido no contrato de seguro.

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. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. É facultada a escolha das Coberturas do Seguro. O conjunto das Coberturas contratadas deverá ser identificado na Proposta de Adesão e Certificado Individual, sendo obrigatória a contratação da Cobertura Básica.

3.2. Cobertura Básica

3.2.1. **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.**

3.3. Coberturas Adicionais

3.3.1. **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**

3.3.2. **Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD)**

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 EXPLOSÃO 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 FOREM RESULTANTES DE UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE 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) DE LESÕES OU DOENÇAS DESENCADEADAS OU AINDA AGRAVADAS EM DECORRÊNCIA DE SEQUESTRO E/OU SUA TENTATIVA;
- e) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 02 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;
- f) 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;
- g) 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;
- h) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- i) INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
- j) EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;
- k) DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:
 - k.1) QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;
 - k.2) DIRIGIDOS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - k.3) 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 PELA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE OU POR SEU CORRETOR DE SEGUROS, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS 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 cobertura, 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 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. O Beneficiário será o Estipulante do Seguro até o saldo devedor da operação de crédito especificado na proposta de responsabilidade do segurado, na data do pagamento da indenização, **limitado ao capital segurado**.

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 contratado.

8.1.2. 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.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Segurado corresponderá ao saldo devedor da operação de crédito, 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 ao beneficiário, 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 será 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 coberturas, 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 contributários, 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 será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento antecipado do prêmio, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.
- 13.2. O prazo de vigência da cobertura individual será equivalente ao prazo da operação de crédito com o Estipulante, conforme definido no Contrato de Seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva.
- 13.2.1. Quando o seguro for contratado na mesma data da contratação da operação de crédito o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro ou da data de liberação do crédito, conforme definido no Contrato de Seguro, até a data de término da operação de crédito.
- 13.2.2. Quando o seguro for contratado em data posterior à contratação da operação de crédito o prazo de vigência será a partir da data de contratação do seguro até a data de término da operação de crédito.
- 13.3. 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.
- 13.4. Os casos de renegociação da operação de crédito 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. Não haverá atualização monetária, considerando que os capitais segurados e prêmios serão determinados conforme o valor do saldo devedor da operação de crédito.

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 NO CONTRATO.**
- 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 NO CONTRATO DE SEGURO, 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. **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.**

16. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1. A cobertura individual de cada Segurado termina:

- a) 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;
- b) 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. na data de fim de vigência da cobertura individual, conforme originalmente contratada;
 - iii. 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 DESTE 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 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 COBERTURA, 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 ADESÃO 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. REENQUADRAMENTO DAS TAXAS

- 19.1.** 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.
- 19.2.** Ocorrerá o reenquadramento das taxas em função da mudança da Faixa de Idade, e com isso, o prêmio será alterado no mês seguinte à data de aniversário do segurado, conforme tabela abaixo:

| Faixa Etária | % de Reenquadramento |
|---------------------|-----------------------------|
| até 25 anos | - |
| 26–30 anos | 0,000000% |
| 31–35 anos | 47,107438% |
| 36–40 anos | 38,202247% |
| 41–45 anos | 29,268293% |
| 46–50 anos | 48,427673% |
| 51–55 anos | 70,974576% |
| 56–60 anos | 119,826518% |
| 61–65 anos | 88,838782% |
| 66–70 anos | 35,820896% |
| 71–75 anos | 41,714286% |
| 76–80 anos | 12,500000% |

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 20.1.** 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 $\frac{3}{4}$ (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.
- 20.2.** 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.
- 20.3.** A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

20.4. NO CASO DE RESILIÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO SEGURO, A QUALQUER TEMPO, POR INICIATIVA DE QUAISQUER DAS PARTES CONTRATANTES E COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ RETER DO PRÊMIO RECEBIDO, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, A PARTE PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

21.1. 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.

21.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:

21.2.1. Documentação para **qualquer evento:**

- a) Formulário “aviso de sinistro” assinado pelo solicitante;
- b) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante).

21.2.2. Além dos documentos descritos no item 21.2.1, para o evento de Morte deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Cópia da Certidão de óbito do Segurado;
- b) Quando se tratar de Evento Acidental, além do documento descrito na letra “a)” deste item 21.2.2, também deverá ser apresentada:
 - I. Cópia do Laudo de Necropsia;
 - II. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível;**
 - III. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o Segurado for o piloto;**
 - IV. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor;**
 - V. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - VI. 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).

21.3. 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.

21.4. 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.

21.5. 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 21.2.

21.6. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 21.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 21.5 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo à 0 (zero) hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

21.7. 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.

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

21.9. O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SERÁ EFETUADO EM PARCELA ÚNICA.

21.10. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 21, 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.

21.11. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 21.10, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

21.12. 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.

22. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

22.1. 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.

22.2. 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, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

22.3. 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.

22.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.

22.3.2. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.

22.3.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem abaixo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

22.3.4. 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.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. 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.

23.2. NO CASO DE SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUBESTIPULANTE:

- 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, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO;
- c) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDELIDADE 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.

24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

24.1. 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**.

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

25. PRESCRIÇÃO

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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

26.3. 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.

26.4. 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.

26.5. As condições contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

27. FORO

27.1. 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.

27.2. 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

1. OBJETO DA COBERTURA

- 1.1. Garante o **pagamento antecipado do capital segurado** contratado para a cobertura de Morte, **mediante o pagamento de prêmio específico**, que possibilite aos beneficiários, definidos nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, em caso de Invalidez Permanente Total Por Acidente, durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.
 - 1.1.1. **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 1.1.2.**
 - 1.1.2. **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.
 - 1.1.3. **Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão constante no item 1.1.2, 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.**
 - 1.1.5. **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.**

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. 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.
- 2.2. 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.

3. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 3.1. **Além das situações previstas no item 16 das Condições Gerais, a cobertura de qualquer Segurado cessa:**
 - a) **Com a exclusão do Segurado da apólice pelo pagamento da indenização por IPTA.**

4. BENEFICIÁRIOS

- 4.1. **Primeiro Beneficiário:** o Estipulante do Seguro, conforme regras descritas no item 8.1 das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1. 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.

- 5.2. 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 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.
- 5.3. **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.**
- 5.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá oferecer ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 5.5. A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. **Cada 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.
- 5.6. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM E, CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 5.7. **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.**
6. **DISPOSIÇÕES GERAIS**
- 6.1. **APLICAM-SE ÀS COBERTURAS PREVISTAS NESTA CLÁUSULA ADICIONAL TODOS OS TERMOS E DISPOSIÇÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE QUE NÃO CONTRARIEM OS DISPOSITIVOS EXPRESSOS NESTA CLÁUSULA ADICIONAL.**

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA- IFPD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Garante o **pagamento antecipado do capital segurado** contratado para a cobertura de Morte, **mediante o pagamento de prêmio específico**, que possibilite aos beneficiários, definidos nas condições contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo segurado junto ao estipulante, limitada ao prazo e capital segurado contratado, também definidos nas condições contratuais da apólice, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. **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.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** procedimento técnico—profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave.
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** peso e a altura do segurado.
- 2.12. **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.
- 2.13. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.14. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.15. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.16. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.17. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.18. **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.
- 2.19. **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.
- 2.20. **Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.21. **Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.22. **Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.23. **Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.24. **Hígido:** saudável.
- 2.25. **Médico-Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

- 2.26. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.27. Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.28. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.29. Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.30. Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.31. 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.
- 2.32. Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.33. Transferência Corporal:** capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

PARÁGRAFO ÚNICO: As definições utilizadas no item 2 – DEFINIÇÕES, das condições gerais do segurado prestamista, aplicam-se também a esta condição especial.

3. DA COBERTURA

- 3.1.** Garante a antecipação do capital segurado previsto para a cobertura de Morte para quitação ou amortização da dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante, pela perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1.** Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
- doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - 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;
 - 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;
 - alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - 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;
 - doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
 - os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

- 4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – **Anexo**, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 4.3. 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).
- 4.4. 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.
- 4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.
- 4.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.
- 4.9. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.**
- 4.10. **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.**
5. **RISCOS EXCLUÍDOS**
- 5.1. **Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais do seguro prestamista, 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.**
6. **CARÊNCIA**
- 6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato de seguro.
7. **ACEITAÇÃO DO SEGURO**
- 7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato de seguro.
8. **INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA**
- 8.2. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice.
9. **CAPITAL SEGURADO**
- 9.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto vigente na data do evento, e será estabelecida no contrato de seguro.
- 9.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.
- 9.3. **Não se inclui no capital segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**
10. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**
- 10.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada no Relatório Médico devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente.

- 10.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 10.3. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo segurado ou solicitante, o mesmo deverá comunicar à seguradora por meio da Central de Atendimento ou por meio do Estipulante, suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- 10.5. Do Relatório Médico deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS.
- 10.6. **Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados os seguintes documentos:**
- a) **cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;**
 - b) **formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente, quando houver saldo do capital segurado;**
 - c) **relatório do médico-assistente do segurado:**
 - **indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e**
 - **detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.**
 - d) **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;**
 - e) **contrato do financiamento; e**
 - f) **extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo segurado junto ao estipulante.**
- 10.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.
- 10.7.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, a indenização será atualizada pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 10.7.2. Na falta, extinção ou proibição do índice definido, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas).
- 10.8. Será facultada à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente a data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 10.9. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao segurado ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, do corretor ou agente captador do seguro.
- 10.10. 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.

11. PERÍCIA MÉDICA

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

12. JUNTA MÉDICA

- 12.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 12.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 12.3. 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.
- 12.4. 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.
- 12.5. A recusa do Segurado para a realização da junta médica e/ou da perícia médica ensejará no encerramento do processo de sinistro sem indenização por impossibilidade da caracterização de umas das coberturas contratadas.
- 12.6. 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.

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 13.1. **Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.**
- 13.2. **Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.**

14. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 14.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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) |
|---------------------------------------|---|--------------------|
| CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA | 1º GRAU: O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; Dirigir-se ao banheiro; Lavar o rosto; Escovar seus dentes; Pentear-se; Barbear-se; Banhar-se; Enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos? | 00 |
| | 2º GRAU: O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; Entrar e sair do chuveiro; Para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; Para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)? | 10 |
| | 3º GRAU: O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias? | 20 |

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

| DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS | PONTUAÇÃO |
|--|-----------|
| A idade do segurado interfere na análise da 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 e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune? | 04 |
| Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade? | 04 |
| Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica? | 08 |

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

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.