

# SEGURO PRESTAMISTA

## Condições Gerais

### Versão 5.2

CNPJ 28.196.889/0001-43  
Processo SUSEP nº 15414.003297/2004-11

## ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DEFINIÇÕES .....	4
3. COBERTURAS DO SEGURO .....	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	7
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	7
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	7
7. BENEFICIÁRIOS .....	8
8. CAPITAL SEGURADO .....	9
9. CUSTEIO DO SEGURO .....	10
10. REGIME FINANCEIRO .....	10
11. PAGAMENTO DE PRÊMIO .....	10
12. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	10
13. SEGURADOS AFASTADOS.....	10
14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	11
15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	11
16. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO .....	11
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	12
18. PERDA DE DIREITOS .....	12
19. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	13
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE .....	13
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	14
22. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS .....	16
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	17
24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	17
25. PRESCRIÇÃO.....	18
26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES .....	18
27. FORO.....	18
<b>ANEXO I - CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....</b>	<b>19</b>
1 - OBJETIVO DO SEGURO .....	19
2 - DEFINIÇÕES.....	19
3 - COBERTURAS DO SEGURO .....	19
4 - RISCOS EXCLUÍDOS .....	20
5 - CAPITAL SEGURADO .....	20
6 - BENEFICIÁRIOS.....	20
7 - PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	21
8 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	21
9 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	21
10 - DISPOSIÇÕES GERAIS .....	22
<b>ANEXO II - CLÁUSULA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL – AF.....</b>	<b>23</b>
1 - OBJETO DO SEGURO.....	23
2 - DEFINIÇÕES.....	23

---

3 - COBERTURAS DO SEGURO .....	23
4 - RISCOS EXCLUÍDOS .....	24
5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA .....	24
6 - CAPITAL SEGURADO .....	24
7 - BENEFICIÁRIOS .....	24
8 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	25
9 - CANCELAMENTO .....	25
10 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	25
11 - DISPOSIÇÕES GERAIS .....	25
CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS.....	26
<b>OUVIDORIA .....</b>	<b>27</b>

## CONDIÇÕES GERAIS

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir a quitação ou amortização das dívidas assumidas pelo(s) segurado(s), até o limite do respectivo capital segurado, oriundas de operações de crédito contratadas por pessoa(s) física(s) junto ao estipulante, observadas as coberturas contratadas e condições gerais, especiais e no contrato de seguro, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, **respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.**

### 2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. **Incluem-se nesse conceito:**

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. **Excluem-se desse conceito:**

- 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; e**
- 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.**

- 2.2 **Aditivo:** equivalente ao endosso, é o instrumento utilizado para proceder a alterações na apólice.
- 2.3 **Apólice:** é o documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.
- 2.4 **Ato Ilícito:** é ato proibido por lei. Consiste, ainda, na ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 2.5 **Aviso de Sinistro:** é a 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.
- 2.6 **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro.
- 2.7 **Boa Fé:** princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

- 2.8 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.
- 2.9 Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.10 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.
- 2.11 Coberturas de Risco:** são as garantias 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 segurado a uma data predeterminada.
- 2.12 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.
- 2.13 Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.14 Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
- 2.15 Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.16 Consignante:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelo segurados.
- 2.17 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 sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- 2.18 Corretor:** é a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Público ou Privado.  
O corretor de seguros responderá civilmente perante os estipulantes, segurados e as seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.
- 2.19 Custeio do Seguro:** de acordo com a opção feita pelo estipulante, o custeio poderá ser:
- Contributário: em que os segurados principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.
  - Não Contributário: em que os segurados principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o estipulante.
- 2.20 Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** é o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil.
- 2.21 Doenças Preexistentes:** são as de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão ao seguro.
- 2.22 Dolo:** é qualquer ato consciente com que alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Na definição jurídica considera-se a vontade conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.
- 2.23 Endosso:** é o documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.
- 2.24 Estipulante:** é a pessoa física ou jurídica que contrata o plano de seguro coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.
- 2.25 Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.26 Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.
- 2.27 Foro:** é o âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.28 Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

- 2.29 Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.30 Impotência Funcional:** é a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.
- 2.31 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 de ocorrência do sinistro, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.
- 2.32 Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 2.33 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.
- 2.34 Migração de Apólices:** é a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- 2.35 Nota Técnica Atuarial:** é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.36 Nulidade:** é a ineficácia de um ato jurídico, em virtude de haver sido executado com transgressão à regra legal. É, portanto o ato que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.
- 2.37 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.
- 2.38 Período de Cobertura:** é o prazo de duração da garantia contratada, respeitadas as condições contratuais, no qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 2.39 Prêmio:** é o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.40 Prêmio Comercial:** é o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 2.41 Prêmio Puro:** é o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 2.42 Proponente:** é a 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.
- 2.43 Proposta de Adesão:** é o documento que contém 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.
- 2.44 Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.45 Reabilitação do Seguro:** é o restabelecimento das coberturas contratadas após aceitação da seguradora e o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, desde que previsto nas condições contratuais.
- 2.46 Redução Funcional:** é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.47 Regime Financeiro de Repartição Simples:** é a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- 2.48 Regulação de Sinistro:** é o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, concluir-se sobre a cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.49 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 liquidação do sinistro, 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.**
- 2.50 Riscos Excluídos:** correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.
- 2.51 Segurado:** é a pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

- 2.52 Seguradora:** empresa legalmente constituída para comercializar seguro, doravante designada seguradora e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.53 Seguro de pessoas com capital global:** é a modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo o qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.
- 2.54 Sinistro:** é a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.55 Vigência do Seguro:** é o período fixado para validade do contrato de seguro.
- 2.56 Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que, respeitada a apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

### 3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1 Cobertura Básica de Morte, Natural ou por Acidente do Segurado (MNA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental do segurado, sendo este último **decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto**, ocorrido durante a vigência do segurado, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de risco expressamente excluído.
- 3.2** A cobertura básica pode ser contratada isoladamente.
- 3.3 Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia de pagamento de uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído. Condições Especiais desta cobertura no Anexo I.
- 3.4 Cobertura Adicional de Auxílio Funeral:** Garante o reembolso das despesas incorridas com o funeral, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do(s) segurado(s) designado(s) na proposta de adesão, desde que não trate de risco expressamente excluído. Condições Especiais desta cobertura no Anexo II.
- 3.5** As coberturas adicionais só poderão ser contratadas em conjunto com a cobertura básica.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas, deste seguro os eventos relacionados ou ocorridos em consequência:**
- 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;**
  - De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, invasões, atos militares, hostilidades, de guerra civil ou guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes; exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
  - De lesões ou doenças preexistentes à contratação do seguro, que sejam de conhecimento do 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;**
  - Da tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências, ocorridos antes de completados dois anos ininterruptos do início da respectiva cobertura individual de cada segurado, ou da sua recondução depois de suspenso;**
  - 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;**
  - De atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.**

### 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 5.1** O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

### 6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 6.1** A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

- 6.2 A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ PELA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 6.3** Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, beneficiário de crédito concedido pelo estipulante, que esteja, na data da adesão ao seguro, em perfeitas condições de saúde e com idade conforme definido no contrato de seguro.
- 6.3.1** A contratação do seguro se processará através do conhecimento prévio das condições gerais do seguro, do preenchimento e da assinatura da proposta de adesão com declaração pessoal de saúde e atividade pelo(s) proponente(s), seu representante ou por corretor de seguros habilitado e da respectiva aceitação pela sociedade seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na sociedade seguradora para aceitação ou recusa do risco.
- 6.4** 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.
- 6.5** 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 DEFINIDA no contrato de seguro.
- 6.5.1.** A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 6.6** Os aposentados por outros motivos que não a invalidez poderão ser inclusos no seguro, pagando através do estipulante os respectivos prêmios, conforme definido nestas condições gerais e especiais do seguro.
- 6.7** 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.
- 6.8** A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 6.9** 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.
- 6.10** 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, de declarações inexatas ou de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito à garantia, **além de ficar obrigado ao 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.**
- 6.11** No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à seguradora, os valores pagos, 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.
- 6.12** O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 6.11, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, 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.
- 6.13** ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 6.12, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA A DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 6.14** É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR PROCURAÇÃO.
- 6.15** A aceitação do seguro implicará na emissão, pela seguradora, de certificado de seguro, que será entregue ao segurado e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado, o prêmio total e os capitais segurados de cada garantia contratada.

## 7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1** O beneficiário deste seguro será:
- 7.1.1 Primeiro Beneficiário:** o estipulante do seguro até o valor do saldo devedor da operação de crédito de responsabilidade do segurado especificado na proposta, na data do pagamento da indenização, limitado ao capital segurado individual.



- 7.1.2 Segundo Beneficiário:** se houver uma diferença positiva entre o valor do capital segurado e o valor do saldo devedor da operação de crédito, esta diferença será paga pela seguradora aos beneficiários indicados pelo segurado. Na falta de indicação de beneficiário(s) deverá ser aplicado o disposto no Código Civil, instituído pela Lei nº 10.406 de 10.01.2002.
- 7.1.3** Para efeitos desse seguro, o companheiro será equiparado ao cônjuge no caso de aplicação do artigo 792 do Código Civil.
- 7.1.4** Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a manifestação de vontade do segurado.
- 7.2** Todo segurado tem o direito de indicar o beneficiário do seguro.
- 7.3** O segurado pode, a qualquer tempo, substituir o segundo beneficiário, mediante contato com a central de atendimento da seguradora e encaminhamento de correspondência assinada, nomeando os novos beneficiários.
- 7.3.1** O contato com a central de atendimento não formaliza a solicitação de alteração de beneficiário e não dispensa o envio de correspondência devidamente assinada.
- 7.3.2** Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade 24 (vinte e quatro) horas da data de protocolo na seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo segurado.
- 7.3.3** Em caso de não recebimento da formalização de alteração de beneficiário, devidamente assinada pelo segurado, a seguradora aplicará a distribuição do capital segurado conforme indicação imediatamente anterior.
- 7.4** Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do segurado, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) beneficiário(s) indicado(s), a indenização será paga conforme disposto no artigo 792 do código civil.
- 7.5** Caso a soma dos percentuais de distribuição de capital segurado aos segundos beneficiário(s) indicado(s) ultrapasse equivocadamente 100% (cem por cento), será aplicada a seguinte regra:
- 7.5.1** Quando houver indicação de 50% (cinquenta por cento) do capital segurado para apenas um dos segundos beneficiários, esse percentual será mantido. Os 50% (cinquenta por cento) restantes serão rateados entre os demais segundos beneficiários, obedecendo-se à mesma proporção dos percentuais originalmente indicados pelo segurado.
- 7.5.2** Quando não houver indicação de 50% (cinquenta por cento) do capital segurado para nenhum segundo beneficiário, o rateio será efetuado obedecendo-se à mesma proporção dos percentuais originalmente indicados pelo segurado.
- 7.6** Caso a soma dos percentuais de distribuição de capital segurado aos segundos beneficiários não atinja 100% (cem por cento), devido a equívoco do segurado na determinação desses percentuais, será aplicada a seguinte regra:
- 7.6.1** Havendo mais de um segundo beneficiário indicado, o percentual necessário para completar 100% (cem por cento) será distribuído entre eles, obedecendo-se à mesma proporção dos originalmente indicados pelo segurado.
- 7.6.2** Havendo somente um segundo beneficiário indicado, o percentual necessário para completar 100% (cem por cento) será distribuído nos termos do artigo 792 do código civil, buscando preservar a manifestação de vontade do segurado.

## 8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1** O capital segurado corresponderá ao valor inicial da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil contratado pelo segurado, ou saldo devedor em caso de renovação, e corresponderá ao valor máximo da indenização devido em decorrência de evento coberto.
- 8.2** Nas operações em que figure mais de um mutuário/titular-solidário, o capital segurado será equivalente ao saldo devedor de responsabilidade do segurado, diretamente proporcional ao número de titulares responsáveis pela dívida, na data do aviso do sinistro.
- 8.3** Nas operações garantidas por hipoteca, formalizadas por pessoas físicas casadas (ou cuja vinculação configure união estável), qualquer que seja o regime do casamento, em que compareçam ambos cônjuges/companheiros(as), o capital segurado é atribuído ao mutuário responsável pela operação, assim entendido aquele que administra o empreendimento que deu origem à operação de crédito a que se vincula o seguro, extinguindo-se a cobertura a partir do pagamento da indenização.

- 8.4** No caso de financiamento contratado através de cooperativas, para repasse aos seus associados, o valor da cobertura individual será determinado em função do sub-empréstimo concedido pela cooperativa ao seu cooperado, observados os limites previstos para a contratação do seguro.
- 8.5** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:
- a) Para as coberturas de Morte: a data do falecimento;
  - b) Para as coberturas de acidentes: a data do acidente pessoal ocorrido e coberto por este seguro.

## **9. CUSTEIO DO SEGURO**

---

- 9.1** De acordo com a opção do estipulante o custeio será definido no contrato de seguro e poderá ser:
- a) Contributário: em que os segurados principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente;
  - b) Não contributário: em que os segurados principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o estipulante.

## **10. REGIME FINANCEIRO**

---

- 10.1** 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. PAGAMENTO DE PRÊMIO**

---

- 11.1** O valor do prêmio será determinado na época da contratação do seguro, de acordo com a idade média do grupo segurável.
- 11.2** Para garantir seu direito à cobertura, deverá ser efetuado o pagamento do prêmio do seguro até a data de seu vencimento.
- 11.3** O pagamento dos prêmios do seguro será efetuado de acordo com a periodicidade e data de vencimento estabelecida no contrato de seguro.
- 11.4** Quando o prazo da operação de crédito for inferior a 1 (um) ano, o prêmio será calculado “pro rata temporis”.
- 11.5** Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, poderá ser efetuado o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias, e sem acréscimo de valor.
- 11.6** O prêmio será pago pelo segurado através de ficha de compensação bancária ou débito automático em conta-corrente, conforme definido no contrato de seguro.
- 11.7** Servirão como comprovantes de pagamento de prêmios, quando aplicável: o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 11.8** Por ocasião da renovação da apólice, anualmente, os prêmios de seguro poderão ser reavaliados junto ao estipulante, com base na composição etária do grupo segurado e os respectivos capitais segurados, desde que não implique em ônus ou dever ou redução dos direitos dos segurados.
- 11.8.1** 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.
- 11.9** Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 11.10** Não haverá devolução ou resgate de prêmios no seguro, respeitada a vigência dos prêmios pagos, em caso de não renovação ou cancelamento da apólice.

## **12. REAVALIAÇÃO DE TAXA**

---

- 12.1** Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.
- 12.2** Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

## **13. SEGURADOS AFASTADOS**

---

- 13.1** Os prêmios dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, terão de ser pagos normalmente à sociedade seguradora, para não haver a interrupção da respectiva cobertura.

- 13.2 Os capitais segurados dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, serão alterados na mesma proporção, sempre que forem alterados compulsoriamente os capitais do grupo segurado que se encontrar em plena atividade profissional.
- 13.3 É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital, decorrente de aumento por promoção, após seu afastamento.
- 13.4 Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra sociedade seguradora, serão mantidos no novo seguro, os segurados principais afastados do serviço ativo por doença, desde que atendidas as demais exigências da proposta e das condições do contrato de seguro.

#### 14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

- 14.1 O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela sociedade seguradora.
- 14.1.1 No caso de propostas recepcionadas com o pagamento do prêmio total ou parcial, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela sociedade seguradora.
- 14.1.2 A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de pagamento de prêmio, terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.
- 14.2 O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa e acontecerão até o vencimento da respectiva operação de crédito, respeitadas as cláusulas Cessação da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice, desde que não implicarem em ônus ou dever ou redução dos direitos dos segurados.
- 14.3 O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente ao prazo da operação de crédito junto ao estipulante, quando o prazo for inferior a 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.
- 14.4 Os casos de renegociação da operação de crédito deverão ser comunicados imediatamente, através de nova carta de adesão, sujeitos à análise da aceitação da sociedade seguradora. A aceitação pela sociedade seguradora será considerada como nova contratação e estará sujeita a cobrança de prêmio.

#### 15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 15.1 Os critérios de atualização anual dos valores de Capital Segurado e Prêmios de Seguro serão definidos no Contrato de Seguro, podendo ser:
- 15.1.1. **Capital Segurado equivalente ao Saldo Devedor:** *Os valores de Capitais Segurados acompanharão o valor do saldo devedor assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.*
- 15.1.2. **Capital Segurado equivalente ao valor da operação de crédito:** *Os valores de Capitais Segurados serão equivalentes ao valor da operação de crédito contratada pelo Segurado junto ao Estipulante. Nas renovações da cobertura individual, os capitais segurados e os prêmios de cada seguro individual serão atualizados anualmente, com base na variação do IPCA-IBGE/Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário. Em caso de extinção do índice pactuado será adotado o IGP-M/FGV - Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas.*
- 15.2 Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.
- 15.3 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, deverá ser previsto que os capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

#### 16. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 16.1 **EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO NA CONTRATAÇÃO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DA CONTRAÇÃO DO SEGURO.**
- 16.2 **NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À 1ª (PRIMEIRA) INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO INADIMPLENTE.**

- 16.3 NÃO SENDO REGULARIZADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA CONCEDIDO, A SEGURADORA ENCAMINHARÁ AO SEGURADO UMA NOTIFICAÇÃO, PARA ADVERTIR QUANTO À NECESSIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, COM OS SEUS ENCARGOS DEVIDOS, NO PRAZO DE ATÉ 10 (DEZ) DIAS, CONTADOS DA DATA DO SEU RECEBIMENTO, SOB PENA DE CANCELAMENTO DO SEGURO.
- 16.4 DECORRIDO O PRAZO CONCEDIDO PARA A REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA SEM QUE O PAGAMENTO DO PRÊMIO PENDENTE TENHA SIDO EFETUADO, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE, DEVERÁ SER CONTRATADO NOVO SEGURO, RESPEITADAS AS CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE, NÃO SENDO ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO ENTRE OS CONTRATOS.
- 16.5 *DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 16.2, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA COM A CONSEQUENTE COBRANÇA DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S).*
- 16.6 *APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 16.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE O ITEM 16.4.*

## 17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 17.1 A cobertura de qualquer segurado cessa:
- Às 24 (vinte e quatro) horas do final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências mensais em curso dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;
  - em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
  - com a exclusão do segurado da apólice:
    - pelo pagamento da indenização por Morte;
    - por falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro, ou de 2 (duas) parcelas consecutivas; e
    - na data em que for protocolado na sociedade seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.
  - com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante; e
  - com esgotamento dos limites máximos de indenização.

## 18. PERDA DE DIREITOS

- 18.1. A SOCIEDADE SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO AO ESTIPULANTE, CASO HAJA POR PARTE DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS:
- FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, FICARÁ PREJUDICADO O DIREITO À INDENIZAÇÃO, ALÉM DE ESTAR O SEGURADO OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
  - AGRAVO INTENCIONAL DO RISCO;
  - FALTA DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;
  - FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQÜÊNCIAS.
- 18.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ:
- NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:
    - CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
    - MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
  - NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:
    - CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU

B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.

III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL, EFETUANDO O PAGAMENTO E DEDUZINDO DO SEU VALOR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

18.3 O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SOCIEDADE SEGURADORA LOGO QUE O SAIBA DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

18.3.1 RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.

18.3.2. ENTENDE-SE 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.

18.3.3. O CANCELAMENTO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

## 19. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

19.1 A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.

19.1.1 A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do estipulante ou da sociedade seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.

19.2 A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o estipulante e a sociedade seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a sociedade seguradora ou o estipulante não tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.

19.3 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.

19.4. **ESTE SEGURO SERÁ POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**

## 20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

20.1 **CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SOCIEDADE SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 21 – MODIFICAÇÃO NAS CLÁUSULAS DA APÓLICE, 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 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.**

20.2. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 16 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

20.3. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

20.4. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

20.5. A apólice poderá ser cancelada:

- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;

- se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.
- 20.6.** A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 20.7.** O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e que, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.
- 20.8.** No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:
- I - a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
  - II - quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

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

- 20.9.** Para prazos não previstos na tabela acima, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

## 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 sociedade seguradora, através da central de atendimento da seguradora.
- 21.2** Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado ou beneficiários os documentos elencados abaixo.

### 21.2.1 Documentação para o evento Morte Natural:

- Formulário “aviso de sinistro” assinado;
- Cópia da certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
- Cópias de RG(s) e CPF(s) ou, na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento ou Certidão(ões) de Casamento do(s) beneficiário(s) indicado(s). Se o cônjuge for o beneficiário do seguro, é necessário o envio da Certidão de Casamento, que deverá ser extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheira(o), é necessária Declaração que comprove a união estável firmada em cartório, através de Escritura Declaratória de Convivência Marital ou cópia da Certidão PIS/PASEP

emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a);

- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s).
- Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, enviar à sociedade seguradora os seguintes documentos:
  - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado e nomeando todos os menores;
  - ✓ Cópias de RG(s) e CPF(s), ou na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento(s) do(s) herdeiro(s) legal(is) do segurado;
  - ✓ Cópia da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o óbito do segurado. Caso seja solteiro(a), enviar a Certidão de Nascimento do segurado;
  - ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a), caso exista companheira(o);
- Relatório médico assinado pelo médico-assistente contendo o histórico de atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;

#### **21.2.2 Documentação para o evento Morte Acidental:**

- Formulário “aviso de sinistro” assinado;
- Cópia da certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
- Cópias de RG(s) e CPF(s) ou, na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento ou Certidão(ões) de Casamento do(s) beneficiário(s) indicado(s). Se o cônjuge for o beneficiário do seguro, é necessário o envio da Certidão de Casamento, que deverá ser extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheira(o), é necessária Declaração que comprove união estável firmada em cartório, através de Escritura Declaratória de Convivência Marital ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a);
- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, enviar à sociedade seguradora os seguintes documentos:
  - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado e nomeando todos os menores;
  - ✓ Cópias de RG(s) e CPF(s), ou na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento(s) do(s) herdeiro(s) legal(is) do segurado;
  - ✓ Cópia da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o óbito do segurado. Caso seja solteiro(a), enviar a Certidão de Nascimento do segurado;
  - ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário, caso exista companheira(o);
- Relatório Médico assinado pelo médico-assistente contendo o histórico de atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e o segurado for o piloto;

- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
- Cópia do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e ou afogamento;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- Cópia do Laudo de Necropsia;
- Cópias 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** Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.
- 21.4** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do segurado ou de seu(s) beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela SOCIEDADE seguradora.
- 21.5** O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da sociedade 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 através de seu médico assistente.
- 21.6** A sociedade 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.
- 21.7** A sociedade seguradora se reserva ao direito de solicitar, uma única vez, outros documentos além dos já mencionados, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias 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.
- 21.8** Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.
- 21.9** A não entrega dos documentos solicitados, em até 6 (seis) meses, sem qualquer justificativa, ensejará no encerramento do processo de sinistro administrativamente.
- 21.10** Vencido o prazo de 30 (trinta) dias para a regulação do sinistro, após entrega de toda a documentação e informações solicitadas, as indenizações serão atualizadas pelo **IPCA/IBGE ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 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.
- 21.10.1** No caso de extinção do índice pactuado no item 21.10, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 21.11** Além do previsto no item 21.10, aplicar-se-ão juros moratórios, sobre o valor da indenização atualizada pelo IPCA/IBGE, de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês “pro-rata-tempore”, 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 sociedade 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 para os segurados 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 sociedade 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 sociedade seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.
- 22.3.2** No caso de aceitar a proposta, a sociedade 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 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 22.3.4** A sociedade seguradora deverá, sendo 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 sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a sociedade 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 estabelecida;
- e) Repassar os prêmios de seguro à sociedade 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 sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) Comunicar, de imediato, à sociedade 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 sociedade 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 sociedade seguradora;
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

### **23.3 Nos seguros coletivos de custeio contributário, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.**

## **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 sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a sociedade seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizadas.

---

## 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](http://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 a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

26.5 Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

26.5.1 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

---

## 27. FORO

27.1 As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

## ANEXO I - CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

### 1 - OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir a quitação ou amortização das dívidas assumidas pelo(s) segurado(s), até o limite do respectivo capital segurado, oriundas de operações de crédito contratadas por pessoa(s) física(s) junto ao Estipulante, em decorrência de acidente pessoal enquadrável nas condições previstas nesta cláusula adicional, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

### 2 - DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.1.1. **Incluem-se nesse conceito:**

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. **Excluem-se desse conceito:**

- 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; e**
- 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.**

2.2. **Médico assistente:**

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

### 3 - COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia de pagamento de uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

- 3.1.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente aquela para a qual 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.

- 3.1.2.** No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente Total avaliada quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, descrita no subitem 3.2 desta cláusula adicional.
- a) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, da tabela constante no subitem 3.2, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura.
- b) Para efeito de pagamento, a perda funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- c) **A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO À INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.**
- 3.1.3.** **As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPTA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a sociedade seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPTA.**

**3.2. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

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

**4 - RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL:**
- 4.1.1. OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
- 4.1.2. PERTURBAÇÕES E 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.**

**5 - CAPITAL SEGURADO**

- 5.1.** Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.
- 5.2.** A reintegração do capital segurado de cada cobertura prevista nesta cláusula adicional é automática após cada acidente.

**6 - BENEFICIÁRIOS**

- 6.1. Primeiro Beneficiário:** o estipulante do seguro, até o saldo devedor da operação de crédito, financiamento ou arrendamento mercantil de responsabilidade do segurado especificado na proposta, na data do pagamento da indenização, limitado ao capital segurado individual.

- 6.2. Segundo Beneficiário:** o eventual valor da indenização que ultrapassar o saldo devedor da operação de financiamento será pago pela sociedade seguradora ao próprio segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

## 7 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 7.1.** O segurado deverá continuar pagando o valor integral do prêmio de seguro, independente de qualquer indenização que tenha sido efetuada referente à cobertura desta cláusula adicional.

## 8 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:**
- Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;**
  - Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) (quando contratada);**
  - Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).**

## 9 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1.** Ocorrendo a invalidez permanente total por acidente, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da seguradora.
- 9.2.** Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado os documentos elencados abaixo:
- Formulário “aviso de sinistro” assinado;
  - Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
  - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
  - Cópia da carta de concessão de aposentadoria (se houver);
  - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
  - Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;
  - Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
  - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
  - Relatório Médico, assinado pelo médico-assistente contendo diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual.
- 9.3. A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.**
- 9.4. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE RELATÓRIO MÉDICO.**
- 9.5.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor 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.
- 9.6.** A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade 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.
- 9.7. 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.**
- 9.8. 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.**

- 9.9. O segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua conta, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para a cura completa.**

## **10 - DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

- 10.1.** Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e particulares da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

## ANEXO II - CLÁUSULA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL – AF

### 1 - OBJETO DO SEGURO

- 1.1. A presente cláusula tem por objeto a garantia, nos termos destas condições especiais e das condições gerais da apólice de vida prestamista, o pagamento de um valor máximo fixado no contrato para prestação de serviço ou reembolso dos gastos funerários, em caso de ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, conforme definido nas condições desta cláusula adicional, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento, **desde que não se trate de risco expressamente excluído da apólice de vida prestamista.**

### 2 - DEFINIÇÕES

- 2.1. **Moradia Habitual:** lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual dentro do território brasileiro.

### 3 - COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Auxílio Funeral:** Garante o reembolso das despesas incorridas com o funeral, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do(s) segurado(s) designado(s) na proposta de adesão, desde que não trate de risco expressamente excluído.
- 3.2. **O plano oferecido no seguro é o seguinte:**
- a) **Individual:** Fica coberto somente o segurado titular.
- 3.3. **Evento coberto: Morte Natural ou Morte Acidental.**
- 3.4. **O segurado, na contratação, poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso.**
- 3.4.1. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:
- a) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada;
- b) O reembolso das **despesas com funeral** suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.
- 3.4.2. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:
- a) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento aos Clientes da seguradora. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil;
- b) **O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado.**
- 3.4.3. Entende-se por “despesas com funeral” a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:
- Urna/caixão;
  - Higienização Básica;
  - Ornamentação do corpo;
  - Coroa de flores da estação;
  - Véu;
  - Paramentos (essa);
  - Velas;
  - Carro Fúnebre para remoção dentro do município;
  - Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
  - Livro de presença;
  - Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
  - Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente;
  - Locação de jazigo em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.
- 3.4.4. **Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infra-estrutura local. Não caberá a Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.**

- 3.4.5.** Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA do beneficiário ou da família do segurado.
- 3.4.6. Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- 3.4.7. Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.
- 3.4.7.1.** A localização do jazigo será feita de acordo com as disponibilidades locais.
- 3.4.8. Traslado:** traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.
- a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizada quando a distância for superior ao limite especificado no plano contratado;
- b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.** A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano;
- c) A seguradora ficará isenta da responsabilidade de prestar o serviço, caso haja recusa da família em efetuar o pagamento do(s) valor(es) excedente(s).
- 3.4.9. Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a Seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, pré-definidas pelo interessado, sobre o acontecimento.
- 3.4.10.** Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos Clientes da seguradora. A Assistência 24 horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.

#### 4 - RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. OS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS TAMBÉM SE APLICAM A ESTA CLÁUSULA ADICIONAL.**
- 4.2. CONSTITUEM RISCOS E EVENTOS NÃO COBERTOS E, PORTANTO, SEM QUALQUER RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA PELA COBERTURA DE SEUS RESPECTIVOS SERVIÇOS E DESPESAS RESPECTIVAS:**
- a) **DESPESAS NÃO PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES E/OU SUPERIORES AOS LIMITES PREVIAMENTE ACORDADOS;**
- b) **DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO.**

#### 5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 5.1.** O âmbito territorial das coberturas é o globo terrestre.
- 5.2. O âmbito territorial para os serviços de assistência de sepultamento é o território nacional.**
- 5.3.** O âmbito territorial para os serviços de **assistência de traslado** é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil.

#### 6 - CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** O capital segurado para a cobertura adicional de Auxílio Funeral (AF) será estabelecido nas condições contratuais.
- 6.2.** Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, **para efeito de determinação de responsabilidade da Seguradora e do capital segurado, a data do falecimento do segurado.**
- 6.3.** Em qualquer hipótese, o capital segurado do dependente, para plano familiar, será estabelecido nas condições contratuais e limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao segurado principal.

#### 7 - BENEFICIÁRIOS

- 7.1.** Em caso de Reembolso Funeral, considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o representante da família do segurado responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com o funeral.
- 7.2.** Em caso de Assistência Funeral, considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado.



## 8 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. A garantia desta cobertura individual cessa quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado.
- 8.2. E ainda:
  - a) Com o cancelamento desta cláusula;
  - b) Com o falecimento do segurado principal, a partir da data do óbito.

## 9 - CANCELAMENTO

- 9.1. A presente cláusula vigorará conforme período de vigência estabelecido na apólice, podendo, todavia, ser rescindido a qualquer tempo, por consenso de ambas as partes, ou juntamente com o cancelamento da apólice.
- 9.2. **Ocorrendo o cancelamento da apólice, os serviços de Assistência e/ou reembolso dos gastos funerários estarão automaticamente extintos e o estipulante obriga-se a comunicar a todos os segurados sobre este encerramento, não sendo devida qualquer indenização pela seguradora ocasionada pela extinção destes serviços.**

## 10 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 10.1. O beneficiário ou representante da família do segurado deverá comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, por meio da central de atendimento da seguradora.
- 10.2. Em caso de reembolso, para o processo de regulação do sinistro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) ser apresentados os documentos relacionados abaixo:
  - Cópia da certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
  - Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
  - Cópia do RG, CPF e Comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral;
  - Original das Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral.
- 10.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar reembolso dos gastos com serviço(s) funerário(s).
- 10.4. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 10.5. **Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer do beneficiário ou do segurado titular o valor correspondente às despesas com o funeral do segurado.**
- 10.6. **Quando a seguradora recusar o sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término do prazo para análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos.**

## 11 - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Aplicam-se à cobertura prevista nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e particulares da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

## CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

### 1. OBJETIVO

A presente cláusula tem por objetivo garantir ao estipulante e/ou aos segurados, a participação no excedente técnico da apólice, apurado após cada ano de vigência do seguro.

### 2. DEFINIÇÃO

**Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

### 3. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

3.1. Consideram-se como receitas, para fins de apuração do excedente:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos; e
- b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

3.2. Consideram-se como despesas mínimas, para fins de apuração do excedente:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (pró labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f) *O valor correspondente à estimativa de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR), calculado com base no percentual fixado na época da implantação ou renovação da apólice, aplicável sobre os sinistros avisados no decorrer da vigência da apólice;*
- g) Despesas efetivas de administração, calculadas pelo percentual definido nas condições particulares, sobre os prêmios efetivamente pagos.

### 4. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

4.1. A participação no excedente técnico está condicionada a que a apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, a média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados principais.

4.2. O excedente técnico apurado será atribuído ao estipulante e/ou ao subestipulante até o limite de sua contribuição no pagamento dos prêmios da apólice; o eventual excesso será distribuído aos segurados pelo estipulante e/ou subestipulante.

### 5. PAGAMENTO DO EXCEDENTE

5.1. A distribuição de excedentes técnicos será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento por conta do excedente técnico a ser apurado.

5.2. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos segurados.

5.3. Serão deduzidos no excedente técnico, no ato de seu pagamento, todos os impostos ou taxas de competência dos contemplados, que por lei, a seguradora for obrigada a recolher.

### 6. MODIFICAÇÕES DA CLÁUSULA

**EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA, O ESTIPULANTE E/OU O SUBESTIPULANTE, SE HOVER, COM A ANUÊNCIA DE ¾ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE.**

### 7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplica-se a esta cláusula todas as disposições contidas nas condições contratuais, que sejam pertinentes e não contrariem os dispositivos aqui expressos.

---

## OUVIDORIA

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

## CONTATO

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

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

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

---

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

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

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, o Banco do Brasil divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.