

SEGURO PRESTAMISTA BB CONSÓRCIO IMOBILIÁRIO

Condições Contratuais

Versão 1.1

CNPJ 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP nº 15414.001683/2012-70

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. COBERTURAS DO SEGURO	6
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	6
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	7
6. INCLUSÃO DO SEGURADO.....	7
7. CARÊNCIA.....	7
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO	7
9. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	8
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	8
11. CAPITAIS SEGURADOS	9
12. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	9
13. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO	9
14. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	9
15. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	10
16. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	10
17. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	10
18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	11
19. PERDA DE DIREITOS	12
20. BENEFICIÁRIOS.....	13
21. SUB-ROGAÇÃO	13
22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	14
23. DISPOSIÇÕES FINAIS	14
24. FORO.....	15
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	16
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	16
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	16
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	16
3. CAPITAIS SEGURADOS.....	16
4. PRÊMIO	16
5. PERÍCIA MÉDICA.....	17
6. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	17
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	17
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	17
9. DISPOSIÇÃO FINAL	18
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA- IFPD	19
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	19
2. DEFINIÇÕES	19
3. DA COBERTURA	20
4. RISCOS COBERTOS	20
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	21

6. CARÊNCIA.....	21
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	21
8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	21
9. CAPITAL SEGURADO	21
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	21
11. PERÍCIA MÉDICA.....	22
12. JUNTA MÉDICA.....	22
13. CANCELAMENTO DO SEGURO	23
14. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	23
15. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	23
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF	24
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	24
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE	25
OUIDORIA	26

SEGURO PRESTAMISTA

CONDIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao estipulante, relacionado à dívida contraída pelo segurado, caso ocorra algum dos eventos nele previstos, e indicados na proposta de adesão, nas condições contratuais e no certificado Individual e desde que o evento não se enquadre como “risco excluído da cobertura securitária”.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** 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 causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total do segurado.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

- a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a 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 de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

2.1.2. **Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:**

- a) as doenças, inclusive as profissionais, pandemias ou epidemias, 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 acidentes cobertos;
- 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 Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como 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. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.3. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

2.4. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

2.5. **Carência:** período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.6. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado e 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, no qual estarão indicadas as coberturas contratadas.

- 2.7. Cobertura:** compromisso da seguradora com o pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.
- 2.8. 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, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.9. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.10. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.
- 2.11. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.12. Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica ou motora, ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas consequências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.
- 2.13. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor.
- 2.14. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 2.15. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.16. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.17. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.18. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.19. Instituição Financeira:** pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas nas condições especiais do seguro.
- 2.20. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.21. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.22. Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.23. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.24. Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.25. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física e pessoa jurídica manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.26. Riscos Excluídos:** os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.27. Saldo Devedor:** é a diferença entre o valor financiado/crédito concedido reajustado, acrescido dos encargos da operação e o valor total que já foi amortizado (pago) até a data da apuração ou liquidação do sinistro.
- 2.28. Segurado:** pessoa física ou pessoa jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.29. Seguro Contributivo:** aquele em que o segurado paga o prêmio total para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.30. Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- 2.31. Valor da Categoria:** Em consórcios é o valor do crédito acrescido da taxa de administração e fundo de reserva, desde que devidamente averbados com prêmio recolhido.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

3.1.1. MORTE

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.1. Este seguro pode contemplar coberturas adicionais, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual e deverão contemplar a cobertura básica. Se contratadas, podendo ser:

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estarão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
- d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;
- e) lesão premeditada auto-infligida, suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
- f) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- g) intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- h) epidemias e pandemias oficialmente declaradas por órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- i) dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
- j) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- l) atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelos sócios controladores da empresa segurada, seus dirigentes e administradores legais, Beneficiários e pelos representantes legais de cada uma destas partes.

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo 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.

4.3. Não poderão fazer parte do grupo segurado proponentes que:

- a) Não tenham preenchido a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade constante das Especificações do Seguro, e/ou que esta tenha sido recusada;
- b) Sejam sócios do Estipulante, a qualquer título;
- c) Sem que tenha sido observada a legislação referente ao capítulo I da personalidade e capacidade da pessoa física, descrita no Código Civil Brasileiro;

- d) Sejam Órgãos da União, Estados, Municípios e respectivas Autarquias, bem como de empresas controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público; e
- e) Sejam associações, igrejas, cooperativas, sindicatos e instituições similares.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

- 6.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como a Declaração Pessoal de Saúde.

7. CARÊNCIA

- 7.1. Carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para o suicídio.
- 7.2. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura da proposta de contratação pelo estipulante ou a proposta de adesão pelo proponente e o preenchimento completo da declaração pessoal de saúde e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis, acompanhados das seguintes informações cadastrais.

8.1.1. Se pessoa física:

- a) nome completo;
- b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);
- c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e
- d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.

8.1.2. Se pessoa jurídica:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida;
- c) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); e
- d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;

- 8.2. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

8.2.1. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

8.2.2. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado “*pro rata temporis*” pela variação do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.

- 8.3. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

8.3.1. A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias. Neste caso, o prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

- 8.4. Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam as seguintes condições:

- a) estar em condições normais de saúde;
- b) estar em atividade normal no trabalho ou, no caso de aposentados, somente por tempo de serviço;

- c) ter mais de 14 (quatorze) anos e menos que a idade indicada na Apólice de Seguro, na data de sua inclusão no seguro;
 - d) a idade do Segurado não poderá ser superior a idade indicada na Apólice de Seguro obtida entre a soma da idade na data da assinatura do contrato ao prazo do financiamento/grupo;
 - e) preencher e assinar a Declaração Pessoal de Saúde;
 - f) declarar ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais
- 8.5. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.
- 8.6. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.
- 8.7. Nos casos em que haja uma cota em nome de três pessoas físicas, a indenização será proporcional ao número de titulares desta cota, observando-se as restrições para ingresso de participantes na apólice. Sendo que se um dos participantes estiver impedido de ingressar na apólice, o percentual de cobertura a ele correspondente será transferido aos outros participantes que satisfaçam as condições de ingresso.
- 8.8. Nos casos de cota em nome de Pessoa Jurídica:
- a) deverá ser informado a Seguradora quando da adesão às datas de nascimento de todos os sócios;
 - b) serão considerados sócios com participação no capital social da empresa na data de adesão e a indenização será feita na mesma proporção da sua participação no capital social da empresa, desde que atenda as condições, conforme descrito nesta cláusula.
 - c) quando um dos sócios não atender aos itens desta cláusula ou ainda não atender o item 4.1.c) da CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, a Seguradora fica isenta do pagamento de indenização de sua cota parte.
- 8.9. Quando for constatado cota de consórcio adquirido em nome de pessoa jurídica, e em se tratando de Sociedade Anônima, a Seguradora fica isenta do pagamento de indenização e providenciará imediatamente a devolução do prêmio pago atualizado pela Taxa Referencial (TR) até a data da efetiva devolução.
- 8.10. Quanto tratar-se de massa transferida, serão aceitos todos os consorciados que já possuam contrato junto ao Estipulante, desde que comprove através de cópia da apólice anterior e relação de faturamento dos últimos 03 (três) meses, com recolhimento de prêmio. Sem prejuízo do item 8.4 desta cláusula.
- 8.11. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 8.12. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

9. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 9.1. O início e o término de vigência do seguro dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas na proposta de adesão e no certificado do seguro, desde que tenha sido aceita e mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.
- 9.2. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.
- 9.3. Para contratos em andamento (massa transferida), a cobertura iniciar-se-á junto com a vigência da apólice.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 10.1. A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 10.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.
- 10.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 10.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

10.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

11. CAPITAIS SEGURADOS

11.1. Os limites de capitais segurados poderão ser o Valor da Categoria, Valor do Crédito ou Saldo Devedor determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

11.2. O Capital Segurado é fixado nas condições contratuais acordadas entre as partes, e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora, por CPF/CNPJ.

12. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

12.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se forem aceitos pela seguradora, a vigência dos novos capitais segurados terá início no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para hipótese de suicídio.

12.1.1. A carência de 2 (dois) anos a que se refere o item 12.1 é referente ao aumento do capital segurado, ou seja, da diferença entre o capital segurado novo e o antigo.

13. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Para os casos de capital segurado não variável de acordo com o saldo devedor, estes serão anualmente atualizados no aniversário da apólice em conformidade com IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

13.2. Para os casos de capital segurado variável de acordo com o saldo devedor, mensalmente os capitais segurados e os prêmios serão recalculados em conformidade com o valor do saldo devedor.

13.3. Na proposta de seguro constará se o critério utilizado será de atualização ou de recálculo do capital segurado.

13.4. Para os seguros com vigência de até 12 (doze) meses não haverá atualização de valores.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1. **O prêmio deste seguro deverá ser pago obrigatoriamente através da rede bancária ou outras formas admitidas em lei até as datas de vencimento estabelecidas na Apólice/Certificado de Seguro ou no documento de cobrança emitido pela Seguradora, o qual será encaminhado diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um desses ao corretor de seguros até 5 (cinco) dias úteis antes da data de seu vencimento.**

14.1.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não houver expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

14.1.2. O prêmio poderá ser pago de forma mensal.

14.1.3. Na falta de pagamento de 03 (três) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

14.1.4. Os pagamentos dos prêmios obedecerão às disposições vigentes, não sendo admitida, sob qualquer hipótese, a sua compensação com sinistros pendentes, renunciando expressamente o Estipulante a esta compensação, de acordo com o permissivo constante do Código Civil Brasileiro.

14.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

14.2.1. Durante o período de inadimplência, até o vencimento da terceira parcela, a cobertura do seguro será mantida com consequente cobrança do prêmio e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiários.

14.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado, se o pagamento for realizado ainda naquele prazo.

14.4. O seguro será custeado totalmente pelo Segurado.

14.5. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 17 – **SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO**, destas condições gerais.

14.5.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, 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.

14.5.2. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.

14.6. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 15 – **REAVALIAÇÃO DE TAXA**, destas condições gerais.

15. REAVALIAÇÃO DE TAXA

15.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.

15.2. Anualmente, será efetuada a apuração de sinistralidade da apólice (Sinistro dividido por Prêmio), e se esse percentual for superior a 50% (cinquenta por cento), as condições do negócio serão revistas, e serão efetuados os ajustes conforme abaixo:

1º) redução da comissão; e/ou por último

2º) reajuste no valor do prêmio.

15.2.1. A modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa dos segurados que representem no mínimo três quartos do grupo segurado.

15.2.2. Quando ocorrer a reavaliação das taxas, esta será realizada por endosso à apólice.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

16.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
- quando terminar o prazo do financiamento/consórcio;
- quebra de vínculo existente entre o Segurado e Estipulante;
- pagamento pelo Segurado da última parcela devida junto ao Estipulante;
- falecimento do Segurado;
- exclusão do Segurado por solicitação do Estipulante;
- não pagamento do prêmio devido, excedendo o prazo de inadimplência estabelecido no item 17 – **SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO**;
- se o Segurado não fizer declarações verdadeiras ou completas, ou omitir circunstâncias do seu conhecimento que pudessem ter influenciado na aceitação do seguro ou na determinação do prêmio;
- se o Segurado ou seus prepostos praticarem atos ilícitos ou dolo, simulando, provocando, ou agravando as consequências do sinistro, para obter benefícios deste seguro;
- cancelamento da apólice.

17. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 14.2.1 – **PAGAMENTO DO PRÊMIO**, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente suspenso e será de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

17.2. 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.

- 17.3. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.
- 17.4. Caso ocorra a quitação antecipada da dívida, com o seguro ainda vigente, a seguradora procederá o cancelamento da apólice e a respectiva a devolução do prêmio.
- 17.5. 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;
 - a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, e no caso de seguro coletivo, com a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 18.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.
- 18.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 18.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 18.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação 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.
- 18.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será de acordo com o informado nas Condições Contratuais.
- 18.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
- 18.5.1. **Em caso de Morte:**
- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
 - Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
 - cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
 - comprovante de residência do segurado;
 - cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
 - comprovante de residência do beneficiário;
 - Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);
 - CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
 - Laudo Necroscópico do IML (em caso de acidente);
 - cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;
 - Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge);
 - Cópia termo de declarações de testemunhas e indiciados (em caso de acidente);
 - Laudo da Polícia Técnica e/ou Laudo do Instituto de Criminalística (em caso de acidente);
 - Relatório médico complementar e/ou prontuário médico de hospital e/ou posto de saúde e/ou clínica particular do médico que assistia o segurado nos últimos anos, esclarecendo diagnóstico, data de início da doença, tratamentos e exames médicos realizados que diagnosticaram a doença; e
 - Extrato do consórcio do mês do falecimento.
- 18.5.2. **Cópia dos documentos dos beneficiários:**
- Se forem os filhos: certidão de nascimento ou casamento destes; alvará judicial para os filhos menores de 21 anos;
 - Se for o cônjuge: certidão de casamento;
 - Se for o companheiro: cópia da Carteira Profissional de Trabalho, onde conste o nome do companheiro (a) dependente reconhecido pelo INSS; cópia da Declaração de Imposto de Renda e/ou de 03 (três) pessoas idôneas com firma reconhecida em cartório mencionado sobre o segurado e há quanto tempo viviam em regime de companheirismo, bem como comprovação de endereço; cópia do PIS/PASEP/FGTS, onde conste o nome do dependente reconhecido pelo INSS;

- No caso de segurado separado consensualmente, desquitado ou divorciado: certidão de casamento atualizada com averbação de separação parcial. Havendo a existência da esposa(o) e da(o) companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- Se forem os pais: certidão de nascimento do segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de 03 (três) pessoas idôneas com firma reconhecida em cartório, mencionando que o segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o segurado seja maior de 21 anos);
- Se forem os irmãos: certidão de nascimento ou casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de 03 (três) pessoas idôneas com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do segurado; documento de identidade e CPF dos beneficiários; extrato do mês do falecimento; cópia da proposta de adesão e/ou declaração da empresa informando a data de início do mesmo e o valor da categoria do mês do evento.

18.6. As indenizações serão pagas sob forma de pagamento único.

18.7. Quando a seguradora recusar um 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 da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

18.8. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

18.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de tolerância.

18.10. 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 a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

18.11. 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 da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, 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 nomeado pelo segurado.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- inexistência ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possa influir ou ter influído na aceitação ou taxação do seguro;
- não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
- utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
- agravamento intencional do risco;
- se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros 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 ao pagamento do prêmio vencido;
- fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;

- solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
 - dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.
- 19.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:
- I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) ao cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
 - II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da 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.
- 19.3. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.
- 19.4. Entende-se como “agravação do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.
- 19.5. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 19.6. 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.

20. BENEFICIÁRIOS

- 20.1. O primeiro beneficiário será sempre o estipulante que, receberá o valor correspondente ao saldo da dívida ou compromisso assumido. Caso haja diferença entre o saldo da dívida e o capital segurado, esta será paga a diferença conforme estabelecido abaixo.
- 20.2. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.
- 20.3. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-dador.
- 20.4. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.
- 20.4.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ou saldo devedor ao(s) antigo(s) beneficiário(s).
- 20.5. **A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.**
- 20.6. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.
- 20.7. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

21. SUB-ROGAÇÃO

- 21.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 22.1. O Estipulante deverá fornecer à Seguradora as informações cadastrais de seus Segurados, respectivos beneficiários e representantes, constantes no item 8.1 da Cláusula 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO, conforme legislação vigente.
- 22.1.1. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados acima informados.
- 22.2. Constituem, também, obrigações do Estipulante:
- fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
 - 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;
 - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
 - repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice/Certificado de Seguro, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - discriminar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
 - 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;
 - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
 - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
 - informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.
- 22.3. Fica estabelecido que qualquer modificação ocorrida na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.
- 22.4. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeitará o Estipulante às cominações legais.
- 22.5. Será expressamente vedado ao Estipulante:
- cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
 - rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de, pelo menos, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
 - efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
 - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos.
- 22.6. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante sempre que solicitado.

23. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 23.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 23.2. Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei.
- 23.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

- 23.4.** Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição, sendo assim não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados, ao beneficiário ou ao estipulante.
- 23.5.** O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 23.6.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 23.7.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 23.8.** A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.
- 23.9.** as apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos

24. FORO

- 24.1.** Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado ou saldo devedor contratado ao beneficiário, caso o segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. **Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total” os acidentes que resultem em:**
 - perda total da visão de ambos os olhos;
 - perda total do uso de ambos os braços;
 - perda total do uso de ambas as pernas;
 - perda total do uso de ambas as mãos;
 - perda total do uso de um braço e uma perna;
 - perda total do uso de uma das mãos e um dos pés; e
 - perda total do uso de ambos os pés.
- 1.3. O pagamento de qualquer indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.
- 1.5. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura Básica de Morte os eventos ocorridos em consequência de:**
 - a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - b) acidentes médicos;
 - c) tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
 - d) envenenamentos, exceto escapamento de gases e vapores;
 - e) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
 - f) perda de dentes e os danos estéticos;
 - g) qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.
- 2.2.1. **Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Total por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice**

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo segurado junto ao estipulante.

4. PRÊMIO

- 4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. PERÍCIA MÉDICA

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

6. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

- 6.1. As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica proposta pela sociedade seguradora ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação.
 - 6.1.1. A junta médica será constituída de 3 (três) médicos, e deverão ser nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos médicos já nomeados.
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.
- 6.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.
- 6.3. 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.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 7.1. Esta cobertura adicional cessará:
 - simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
 - a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora, contendo no mínimo nome completo do segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos relacionados abaixo:
 - **Comunicado de Sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);**
 - **cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);**
 - **exame de corpo de delito, quando indicado;**
 - **cópia do RG/RNE e CPF do segurado;**
 - **cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);**
 - **no caso de Invalidez Total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;**
 - **relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual;**
 - **cópia do Registro de Empregado;**
 - **comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;**
 - **Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (caso o segurado seja o motorista); e**
 - **Radiografias do órgão lesado.**
- 8.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 8.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
 - 8.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado ou saldo devedor será atualizado pela variação do preço do bem objeto do plano de financiamento/consórcio, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado “*pro rata temporis*” até a data do efetivo pagamento.
- 8.4. O valor a ser indenizado ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) será igual ao valor do compromisso financeiro contratado, conforme condições contratuais.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

- 9.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

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. **Consumpção:** 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 autônomicas 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 18 – 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 mediante apresentação de atestado emitido por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
- a)** doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b)** doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - c)** doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d)** alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - e)** doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f)** doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g)** 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 60°; ou • ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
 - h)** doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
 - i)** 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.
- 6.2. O período de carência deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, e não poderá exceder metade do prazo de vigência do 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

- 8.1. 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.
- 10.4.** 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.
- 10.5.** Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados os seguintes documentos:
- cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;
 - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente, quando houver saldo do capital segurado;
 - 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.
 - 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;
 - contrato do financiamento; e
 - extrato atualizado do saldo devedor com o histórico de pagamentos realizados pelo segurado junto ao estipulante.
- 10.6.** 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.
- 10.6.1.** 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 0,50% (meio por cento) ao mês, calculado *pro rata temporis* até a data do efetivo pagamento.
- 10.6.2.** 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).
- 10.7.** 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.
- 10.8.** 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.
- 10.9.** 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, desempatador, 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
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

São Paulo, 02 de maio de 2016.

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.