

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA RISCOS DE NATUREZA PESSOAL (MIP)**SEGURO NÃO PADRONIZADO HABITACIONAL****CLÁUSULA 1ª – OBJETO DO SEGURO**

- 1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o interesse do segurado pessoa física na quitação ou amortização do saldo devedor, até o limite do respectivo Capital Segurado, oriundo de financiamento imobiliário contratado junto ao Estipulante, **unicamente no caso da ocorrência de evento previsto na Cláusula 3ª - Riscos Cobertos abaixo, observadas as Condições Gerais e as Especiais e todas as exclusões nelas e aqui previstas, e desde que a apólice e a respectiva cobertura individual se encontrem em vigor na data de ocorrência do evento.**

CLÁUSULA 2ª – SEGURADOS

- 2.1 São Segurados as pessoas físicas aceitas pela Seguradora, na condição de vinculadas aos financiamentos imobiliários contratados com o Estipulante, e cuja soma da idade, em anos completos na data da respectiva inclusão na Apólice, com o prazo da operação contratada, não ultrapasse os 80 (oitenta) anos de idade, obedecidas as normas de subscrição da Seguradora.

2.2 Não são admitidos como Segurados:

- a) Os componentes da renda familiar, não financiados;
- b) As pessoas físicas, vinculadas ao Estipulante, na qualidade de fiadores ou garantidores, ainda que solidários das obrigações assumidas pelo Segurado;
- c) Os cessionários de direitos decorrentes de financiamento imobiliário, sem anuência expressa do Estipulante, formalizada em instrumento de sub-rogação de dívida, ou na anuência deste, quando não aceitos pela Seguradora.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS COBERTOS

- 3.1 **Cobertura de Morte, Natural ou por Acidente do Segurado (MNA):** É a garantia do pagamento do saldo devedor, ao beneficiário do seguro, no caso de morte natural ou acidental do Segurado, observadas as Condições Gerais e Especiais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

- 3.1.1 Considera-se como Morte Natural a decorrente de doença desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.1.2 Considera-se como Morte Acidental a decorrente de Acidente pessoal conforme descrito no item 3.3.

3.2 **Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia de pagamento do Capital Segurado, na ocorrência da perda ou impotência funcional total e definitiva, de membro ou órgão, conforme discriminado no item 3.2.3 abaixo, em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.2.1 **Para fins 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 que determine a perda total do uso de membro ou órgão discriminado no item 3.2.3, abaixo.**

3.2.2 No caso de Invalidez Permanente Total, 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 Seguradora pagará ao beneficiário, de uma só vez, o respectivo saldo devedor.

3.2.2.1 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, da tabela constante no item **3.2.3**, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado fixado para a cobertura de Morte.

3.2.3 Casos de Invalidez Permanente Total por Acidente cobertos:

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

3.3 Para as coberturas definidas no item 3.1 e 3.2 considera-se como 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 do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:**

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

3.4 Cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD): É o evento que possibilita a antecipação de 100% (cem por cento) da indenização relativa à Cobertura de Morte Natural ou Acidental (MNA), em caso de invalidez funcional permanente total, conseqüente de doença, que cause a perda da existência independente do Segurado, observado o estabelecido nestas Condições Especiais e nas Condições Gerais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

- 3.4.1 Para todos os efeitos desta Cláusula, considera-se como Perda da Existência Independente do Segurado a ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado, comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na **Cláusula 11ª – Liquidação e Indenização do Sinistro, desta condição específica.**
- 3.4.2 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal, **desde que atestada por profissional legalmente habilitado.**
- 3.4.3 **Consideram-se ainda como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotado pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:**
- 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 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 seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou 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 é 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 a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° **graus**; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - 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.
- 3.4.4 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos **desde que, avaliados através 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.**
- 3.4.5 O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
- 3.4.6 O 1º 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.
- 3.4.7 Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.4.8 Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.4.9 O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.4.10 Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3.4.11 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata a cobertura contratada, devendo ser comprovada através de declaração médica.

3.5 As indenizações pelas coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não se acumulam.

3.6 Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice, com a conseqüente devolução de valores referente ao(s) prêmio(s) do seguro eventualmente pago(s) após essa data, devidamente atualizado(s) monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 24ª – Liquidação e Indenização do Sinistro, das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Em complemento a Cláusula 8ª – Riscos Excluídos das Condições Gerais, estas Condições Especiais não responderão pelos eventos que se verificarem em conseqüência:

a) 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 que não tenham sido declaradas na proposta de adesão;

b) Da tentativa ou consumação de suicídio e suas conseqüências, ocorridos antes de completados dois anos ininterruptos do início da respectiva cobertura individual de cada Segurado, ou da sua recondução depois de suspenso;

c) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

d) Doenças causadas intencionalmente pelo próprio Segurado;

- e) **Uso indevido de álcool, drogas e narcóticos, salvo os prescritos por um médico profissional habilitado e consumidos de acordo com tal prescrição, desde que fique comprovada a existência de nexos causal entre o sinistro e o estado do Segurado;**
- f) **Intervenções médicas ou de tratamentos com drogas ou materiais experimentais, qualquer que seja a fase de desenvolvimento destes;**
- g) **Acidentes ocorridos em consequência:**
- **Quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso de álcool, drogas, entorpecentes ou de substâncias tóxicas, desde que fique comprovada a existência de nexos causal entre o sinistro e o estado do Segurado;**
 - **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - **Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;**
 - **Parto ou aborto e suas conseqüências;**
 - **Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico devidamente habilitado, em decorrência de acidente coberto;**
 - **Choque anafilático e suas conseqüências;**
- h) **Quaisquer dos riscos anteriores, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:**
- i) **Invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;**
- j) **Quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**

- k) **Doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;**
- l) **Doenças agravadas por traumatismos;**
- m) **Doenças nas quais se documente alguma interação e ou relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;**
- n) **Quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;**
- o) **Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item dos riscos cobertos;**
- p) **Condução de veículo sem a adequada habilitação;**
- q) **Descumprimento da legislação vigente.**

CLÁUSULA 5ª – CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado corresponderá ao valor do financiamento do imóvel, constante do contrato. O valor máximo de indenização devida respeitando os limites estabelecidos corresponderá ao saldo devedor do financiamento na data do evento.

5.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação do sinistro:

5.2.1 Para as coberturas de Morte

A data do falecimento;

5.2.2 Para as coberturas de Acidentes Pessoais

A data do acidente;

5.2.3 Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

A data do respectivo atestado, por médico que esteja assistindo ao Segurado, e na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

CLÁUSULA 6ª – PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 6.1** O valor do prêmio será calculado pela aplicação da taxa do risco em função da idade sobre o Saldo Devedor correspondente ao percentual da parcela contratada por cada segurado e a tabela de taxas por faixas etárias.
- 6.2** Quando há mais de um segurado da mesma unidade financiada, o prêmio é pago de forma proporcional à participação de cada segurado conforme expresso no contrato de financiamento.
- 6.3** Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do seguro até a data de seu vencimento.
- 6.4** Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento 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.
- 6.5** Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

CLÁUSULA 7ª – REGIME FINANCEIRO

- 7.1** Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, e, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao Estipulante, ao Segurado ou ao Beneficiário, para os riscos decorridos.

CLÁUSULA 8ª – TAXAS

- 8.1** As taxas para o cálculo dos prêmios mensais, referentes ao conjunto de coberturas de Riscos de Natureza Pessoal (MIP), são as indicadas na Especificação da Apólice.

CLÁUSULA 9ª – REENQUADRAMENTO DAS TAXAS

- 9.1** Anualmente, no mês subsequente à data de aniversário de cada segurado, haverá reenquadramento das taxas em função do aumento da idade do segurado, o prêmio será reajustado individual por mudança de faixa etária do segurado, conforme tabela abaixo.

Faixa Etária	% de Reenquadramento
até 25 anos	-
26 - 30 anos	10,5733%
31 - 35 anos	24,9832%
36 - 40 anos	34,5366%
41 - 45 anos	92,1906%
46 - 50 anos	40,8002%
51 - 55 anos	102,0719%
56 - 60 anos	30,5551%
61 - 65 anos	86,5197%
66 - 70 anos	47,5353%
71 - 75 anos	50,2140%
76 - 80 anos	71,9988%

CLÁUSULA 10ª – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

10.1 Em caso de ocorrência de qualquer dos eventos cobertos por estas Condições Especiais, o Segurado através do Estipulante deverá tomar as seguintes providências relativas à documentação.

10.2.1 Documentação para a cobertura de Morte Natural:

- a) Formulário “aviso de sinistro” assinado pelo Estipulante;
- b) Certidão de óbito do Segurado;
- c) Contrato de financiamento e seus aditivos;
- d) Cópia autenticada do RG e do CPF do Segurado;
- e) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- f) Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório;
- g) Cópia do CNPJ do Estipulante;
- h) Planilha de cálculo do saldo devedor, contendo a evolução do financiamento desde a data de inclusão do Segurado até a data do envio da documentação;
- i) Ficha Sócio Econômica;
- j) Declaração Pessoal de Saúde, devidamente preenchida, datada e assinada pelo Segurado.

10.2.2 Documentação para a cobertura de Morte Acidental:

- a) Formulário “aviso de sinistro” assinado pelo Estipulante;
- b) Certidão de óbito do Segurado;
- c) Contrato de financiamento e seus aditivos;
- d) Cópia autenticada do RG e do CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
- e) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;

- f) Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório;
- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- h) Cópia autenticada do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e se o Segurado for o piloto;
- i) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico e se o Segurado for o condutor;
- j) Cópia autenticada do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio ou de afogamento;
- k) Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do acidente;
- l) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia;
- m) Cópias autenticadas dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica, ou declaração emitida pelo órgão competente, informando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado);
- n) Planilha de cálculo do saldo devedor, contendo a evolução do financiamento desde a data de inclusão do Segurado até a data do envio da documentação;
- o) Ficha Sócio Econômica;
- p) Declaração Pessoal de Saúde, devidamente preenchida, datada e assinada pelo Segurado.

10.2.3 Documentação para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Formulário “aviso de sinistro” assinado pelo Segurado, ou quem suas vezes fizer, ou pelo Estipulante;
- b) Cópia autenticada do RG e do CPF do Segurado;
- c) Contrato de financiamento e seus aditivos;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que preencheu o Aviso de Sinistro;
- e) Cópia autenticada da declaração médica, comprovando a invalidez permanente;
- f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), no caso de acidente automobilístico e se o Segurado for o condutor;
- g) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT) se for o caso;
- h) Cópias autenticadas dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica, ou declaração emitida pelo órgão competente, informando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado);
- i) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia

- Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
- j) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
 - k) Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório;
 - l) Planilha de cálculo do saldo devedor, contendo a evolução do financiamento desde a data de inclusão do Segurado até a data do envio da documentação;
 - m) Ficha Sócio Econômica;
 - n) Declaração Pessoal de Saúde, devidamente preenchida, datada e assinada pelo Segurado.

10.2.4 Documentação para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente, declarando as condições de saúde do Segurado e retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- b) Cópia autenticada do RG e do CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que preencheu o aviso de sinistro (solicitante);
- d) Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria (se houver);
- e) Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório (utilizar o formulário de Declaração Médica de Invalidez por Doença), contendo:
 - A indicação da data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro);
 - 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 “Riscos Cobertos”;
 - Indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - Detalhamento do 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.
- f) 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;
- g) Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico

apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais;

- h) Em caso de doença em fase terminal: Laudo médico que comprove a doença em fase terminal do Segurado e ateste o tempo esperado de sobrevivência de no máximo 6 (seis) meses, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada.

10.2 A partir da entrega, por parte do Estipulante, de todos os documentos básicos previstos, a Seguradora terá um prazo máximo de 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

10.3 Sociedade seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados na cláusula 10^o, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 10.3 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

10.4 Serão considerados como pendentes, com a contagem de prazo para pagamento suspensa, 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, quando a contagem do prazo será reiniciada.

CLÁUSULA 11^a – LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

11.1 Em complemento a Cláusula 24^a – Liquidação e Indenização do Sinistro, das Condições Gerais, a indenização devida por esta garantia corresponderá ao saldo devedor do Segurado, considerando-se como tendo sido pagos todos os compromissos devidos à Seguradora até o dia anterior à data do sinistro.

11.2 Quando houver mais de um adquirente na mesma unidade residencial, inclusive marido e mulher, casados em comunhão de bens ou não, a indenização será proporcional à responsabilidade de cada um, expressa no respectivo contrato de financiamento, ou documento equivalente:

11.2.1 Inexistindo indicação expressa no contrato de financiamento, ou documento equivalente, quanto à responsabilidade de cada financiado, será adotada a participação proporcional com que concorre cada um dos adquirentes para a composição da renda familiar, constante da ficha sócio-econômica ou de documento cadastral equivalente;

11.2.2 Excepcionalmente, na falta de ficha sócio-econômica, a indenização será uniformemente rateada na proporção do número de adquirentes expressamente citados no contrato, a menos que se

trate de marido e mulher, caso em que a cobertura prevalecerá apenas para segurado principal;

11.2.3 Nenhuma indenização será devida ao simples componente da renda familiar não financiado, na hipótese de seu falecimento ou de sua invalidez;

11.2.4 Em qualquer hipótese, fica entendido que a falta da ficha sócio-econômica não será admitida para os contratos firmados após a emissão da presente apólice;

11.2.5 A ficha sócio-econômica deverá ser obrigatoriamente assinada por todos os proponentes expressos no respectivo contrato de financiamento;

11.2.6 Uma vez paga a indenização na forma estabelecida nestas Condições Especiais, a cobertura do seguro subsistirá em relação aos demais adquirentes expressos no respectivo contrato de financiamento, pelo exato valor do saldo da dívida remanescente.

11.3 Para a determinação do saldo devedor, considera-se, na data do sinistro, o valor informado mensalmente pelo Estipulante para o cálculo do prêmio, conforme o item 11.2 da Cláusula 11^a – Averbações e Contas Mensais, das Condições Gerais, comprovado pelo contrato de financiamento e pela planilha de cálculo do saldo devedor fornecidos pelo Estipulante, observado o limite fixado para esta cobertura.

11.3.1 O eventual atraso no pagamento das prestações amortizantes ao Estipulante não prejudicará as coberturas.

11.4 A indenização será expressa na unidade monetária do respectivo contrato de financiamento, calculada à data da ocorrência do sinistro.

11.5 No dia do pagamento, a Seguradora converterá para reais a indenização assim expressa na unidade monetária referida no contrato de financiamento.

11.6 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora proporá ao Segurado, por carta, dentro dos 15 (quinze) dias seguintes à data da constatação, a constituição de uma Junta Médica.

11.6.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e o terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

11.6.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

11.6.3 O prazo para a constituição da junta médica é de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado e informado à Seguradora.

11.6.4 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.

11.7 A sociedade Seguradora se reserva no direito de submeter o Segurado a exames realizados por médico de sua indicação para constatar:

11.7.1 Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente: perícia médica para confirmação da permanência da invalidez.

11.7.2 Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total e por Doença: perícia médica para confirmação da patologia que caracterize a invalidez.

11.8 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.

11.9 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.

CLÁUSULA 12ª - BENEFICIÁRIO

12.1 O beneficiário deste seguro é o Estipulante, na condição de credor dos Segurados que com ele contratem financiamento imobiliário.

CLÁUSULA 13ª – RATIFICAÇÃO

13.1 Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

ANEXO À CLÁUSULA DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

DOCUMENTO 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	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 SOZINHO E SEM AUXÍLIO; 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 AUXÍLIO 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 INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	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 AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, 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 AUTO-SUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00

	2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO 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
	3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2**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.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES 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 SOBREVIDA E OU REFRAATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08