

Condições Gerais

# **PRESTAMISTA COLETIVO CAPITAL VINCULADO**

Processo Susep: 15414.604709/2020-46



## Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO .....	4
2. DEFINIÇÕES .....	5
3. GARANTIAS DO SEGURO.....	13
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	18
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	23
6. CAPITAL SEGURADO .....	23
7. CARÊNCIA.....	23
8. FRANQUIA .....	24
9. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	24
10. AGRAVAMENTO DO RISCO .....	26
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO .....	26
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	27
13. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S), E PRÊMIO(S).....	29
14. RECÁLCULO DE TAXA.....	29
15. SUSPENSÃO DAS COBERTURAS.....	30
16. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS.....	30
17. BENEFICIÁRIO .....	31
18. PERDA DO DIRETO À INDENIZAÇÃO .....	31
19. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	32
20. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	32
21. DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	33
22. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	34
23. COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	38
24. EXCEDENTE TÉCNICO .....	41
25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE / SUBESTIPULANTE.....	43
26. APLICABILIDADE DAS CONDIÇÕES GERAIS .....	44
27. FORO.....	44
28. DISPOSIÇÕES FINAIS .....	44
29. TABELA DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF .....	45



CONDIÇÕES GERAIS  
**PRESTAMISTA COLETIVO – CAPITAL VINCULADO**  
PROCESSO SUSEP: 15414.604709/2020-46

**kovr**



Caro Segurado,

Obrigado por escolher a Kovr Seguradora

Você acaba de adquirir um produto desenvolvido para atender suas necessidades e te apoiar nos momentos de imprevisto.

Nossa equipe está pronta para te prestar todo o suporte necessário e garantir a sua tranquilidade.

Abaixo, você pode conferir as Condições Gerais do seu seguro, bem como os telefones úteis para entrar em contato conosco.

TELEFONES ÚTEIS	
Aviso Sinistro: 4004 1790	SAC: 0800 646 8378
Necessidades Especiais: 0800 600 0601	<a href="http://www.consumidor.gov.br">www.consumidor.gov.br</a>
Ouvidoria: 0800 606 2320	



## 1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Este Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, durante o período de vigência do Contrato de Seguro, a obrigação assumida pelo Segurado, junto ao Credor, limitado ao prazo e valor do capital segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos pelas cláusulas contratadas do seguro, exceto eventos decorrentes de riscos excluídos, e observado o previsto nas condições gerais, especiais e contratuais da apólice.

## 2. DEFINIÇÕES

2.1 **Aceitação:** é o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Estipulante, ou da Proposta de Adesão, efetuada pelo Proponente Individual, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.

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

2.2.1 Incluem-se nesse conceito:

a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, ao acidente pessoal, observada legislação em vigor;

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

c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

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



2.2.2 Excluem-se desse conceito:

a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;

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

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências 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.

2.3 **Aditivo:** são as alterações efetuadas na Proposta de Contratação que, após assinatura do Estipulante/Subestipulante e o Corretor, ensejará a emissão do endosso na Apólice.

2.4 **Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado.

2.5 **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.6 **Apólice:** é o documento que formaliza a aceitação, pela Seguradora, da cobertura proposta pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos. É o instrumento do contrato de seguro pelo qual o Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos, estabelecidos na mesma, que possam advir. A apólice contém as cláusulas e condições gerais, especiais e/ou particulares do contrato. Constitui-se, assim, no contrato de Seguro propriamente dito.



2.7 **Aviso de Sinistro:** é a comunicação da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Pode-se dizer que é a comunicação oficial à Seguradora da ocorrência do Sinistro, sua natureza e gravidade.

2.8 **Beneficiário:** O primeiro Beneficiário será o próprio Estipulante ou Subestipulante pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado. A diferença que ultrapassar o saldo será paga ao(s) segundo(s) Beneficiário(s), que será a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.

2.9 **Boletim de Ocorrência (BO):** documento emitido pela Polícia que relata as circunstâncias de acidentes ocorridos, ou registra o roubo/furto de bens do Segurado.

2.10 **Cancelamento:** título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.

2.11 **Capital Segurado:** é a importância máxima paga pela Seguradora ao Credor, ao Segurado ou aos seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

2.12 **Carência:** é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal. Ver item 7.

2.13 **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro.

2.14 **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e das Condições Particulares, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

2.15 **Condições Especiais:** é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que podem ser contratadas dentro de um mesmo Plano de Seguro.

2.16 **Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.



2.17 **Condições Particulares:** é o 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, dos Segurados, e dos Beneficiários.

2.18 **Consignante:** é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos Segurados.

2.19 **Corretor:** é o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido no Decreto-Lei nº 73/1966 e na Lei nº 4.594/1964.

2.20 **Credor:** aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada;

2.21 **Culpa Grave:** termo utilizado para expressar forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágica, não houve, por parte do agente, a intenção clara de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da sua realização.

2.22 **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** é o questionário integrante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.

2.23 **Devedor:** aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada;

2.24 **Doença:** é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

2.25 **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Proposta de Adesão. A preexistência de doenças ou lesões poderá ser constatada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.





2.26 **Dolo:** intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

2.27 **Endosso:** é o documento expedido pelo Segurador, durante a vigência do contrato/apólice, pelo qual este e o segurado acordam quando a alteração de dados, modificam condições ou objetos da apólice ou o transferem a outrem.

2.28 **Estipulante:** é a pessoa natural 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, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.

2.29 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.30 **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

2.31 **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.

2.32 **Franquia:** é a parte do risco, determinada em valor, dias ou percentagem, que fica a cargo do Segurado, e cujo montante será fixado nas Condições Particulares.

2.33 **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.34 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

2.35 **Grupo Segurável:** é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.

2.36 **Incapacidade:** é a perda total, temporária ou permanente da capacidade para exercer a atividade principal declarada na Proposta de Adesão, decorrente de doença ou acidente pessoal cobertos.

2.37 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Credor, ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), conforme o caso, correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, deduzido os valores referentes à carência e/ou franquia, quando houver.



2.38 **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.39 **Invalidez Permanente:** é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

2.40 **Liquidação do Sinistro:** é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

2.41 **Má-fé:** consciência da ilicitude na prática de um ato com finalidade de lesar direito de terceiro.

2.42 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.43 **Nota Técnica Atuarial:** é o documento, previamente protocolizado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro.

2.44 **Obrigação:** produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente;

2.45 **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

2.46 **Período Indenizável:** é o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da renda mensal temporária contratada para as garantias de Perda de Renda por Incapacidade (PRI), Perda de Renda por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (PRIA) ou de Perda Renda por Desemprego (PRD). Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.

2.47 **Prazo de Carência:** é o período, contado a partir da data do início de vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento dos Capitais Segurados contratados.



2.48 **Prêmio de Seguro:** é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).

2.49 **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

2.50 **Proposta de Adesão:** é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.

2.51 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.52 **Reabilitação do Seguro:** é o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

2.53 **Renda Mensal Temporária:** é uma renda contratada, limitado ao valor da dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante ou Subestipulante, que será paga ao Beneficiário em caso de sinistro.

2.54 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

2.55 **Regulação de Sinistro:** é o exame, na ocorrência de um sinistro, das causas e circunstâncias para caracterização do risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

2.56 **Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

2.57 **Renda:** forma de indenização efetuada pela Seguradora e caracterizada como sendo uma série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) assistido(s).

2.58 **Risco:** é o evento incerto ou de data incerta que independente da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco. O risco pode também ser definido como a incerteza com



relação à perda, ou o risco é o objeto do seguro, configurando a probabilidade de um evento futuro atingir um bem que representa um interesse econômico para o Segurado.

2.59 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

2.60 **Saldo Devedor:** é o valor das parcelas vincendas da operação realizada pelo Segurado junto ao Estipulante, apurado na data do sinistro, e, quando for o caso, respeitado o limite de responsabilidade da Seguradora estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

2.61 **Segurado:** é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.62 **Segurado Dependente:** o cônjuge, os filhos, os pais, os irmãos e os demais dependentes considerados como tais pela legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como Segurados Principais, quando incluídos no Seguro.

2.63 **Segurado Principal:** é a pessoa física habilitada a ser incluída na Apólice de Seguro e que mantenha vínculo com o Estipulante/Subestipulante.

2.64 **Seguradora:** é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, garante os riscos especificados no Contrato de Seguro.

2.65 **Seguro:** contrato pelo qual uma das partes, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por prejuízos eventuais.

2.66 **Sinistralidade:** número de vezes que os sinistros ocorrem e seus valores. Mede a expectativa de perda, que é imprescindível para estabelecer o prêmio estatístico ou o custo puro de proteção.

2.67 **Sinistro:** ocorrência de evento previsto no contrato de seguro durante seu período de vigência e que, legalmente, obriga a Seguradora a indenizar.

2.68 **Susep:** é a Superintendência de Seguros Privados, Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

2.69 **Taxa:** elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculos de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado.



2.70 **Vigência do Seguro:** é o período de tempo fixado para validade do seguro (ou cobertura). É o prazo que determina o início e o fim da duração das coberturas ou garantias contratadas.

2.71 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

### 3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1 As garantias do Seguro se dividem em Básica e Adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem uma das garantias básicas. Além destas garantias, temos também extensão destas para os Segurados Dependentes, conforme previsto nas Cláusulas Suplementares.

#### 3.2 GARANTIAS BÁSICAS

É obrigatória a contratação de pelo menos 1 (uma) das garantias básicas do Seguro Prestamista.

**3.2.1 Morte (MQC):** Garante o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar a dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante ou Subestipulante, em decorrência do evento morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, sendo observado o seguinte:

a) Em caso de morte acidental:

a.1) o acidente deverá ter ocorrido durante a vigência do Seguro; e

a.2) a morte do Segurado deverá ter ocorrido em até um ano da data do acidente.

b) Em caso de morte natural:

b.1) a morte do Segurado deverá ter ocorrido durante a vigência do Seguro.

**3.2.2 Morte Acidental (MA):** Garante o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar a dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante ou Subestipulante, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de acidente pessoal devidamente coberto e ocorrido durante a vigência do Seguro.

**3.2.3 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia do pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar a dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante ou Subestipulante, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro e verificada dentro de 1 (um) ano a contar



da data do acidente. Para fins de indenização, serão considerados como casos indenizáveis os dispostos a seguir:

a) Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

- a.1) Perda total da visão de ambos os olhos;
- a.2) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- a.3) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- a.4) Perda total do uso de ambas as mãos;
- a.5) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- a.6) Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- a.7) Perda total do uso de ambos os pés; e
- a.8) Alienação mental total e incurável.

b) Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

c) O limite para a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

d) 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.

e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.

f) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.

**g) A garantia de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam.** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.



### 3.3 GARANTIAS ADICIONAIS

As Garantias Adicionais somente poderão ser contratadas se houver a contratação de pelo menos 1 (uma) das garantias básicas.

**3.3.1 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):** Garante o pagamento do Capital Segurado, destinado a amortizar a dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante ou Subestipulante, limitado a 100% (cem por cento) da garantia básica, em caso de diagnóstico de doença, exclusivamente quando não se puder esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que cause a perda da Existência Independente do Segurado.

a) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 23.

b) Para fins desta garantia, **considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada** – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença:**

b.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

b.2) 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;

b.3) 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;

b.4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

b.5) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas 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;



- b.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- b.7) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b.8) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b.9) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° (sessenta graus);
- b.10) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições dos subitens **Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada.;**
- b.11) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- b.12) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- b.13) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
- b.14) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- c) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos **desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, conforme consta no item 29, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- d) A invalidez funcional permanente por doença deverá ser comprovada através de declaração médica, sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.
- d.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- d.2) A Seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.





e) Ocorrendo a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da Cobertura Básica (Morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a Cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

f) Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, o Seguro continuará em vigor, **observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios.**

f.1) Inexistindo o requerimento, o Capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

g) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos os Segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.

h) A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional não se acumula com nenhuma outra cobertura.

**3.3.2 Perda de Renda por Incapacidade (PRI):** Garante o pagamento da Renda Contratada, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, destinado a amortizar parte da dívida contraída ou do compromisso assumido com o Estipulante ou Subestipulante, em caso de ocorrência do evento afastamento por incapacidade do Segurado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada.

a) A garantia de Perda de Renda por Incapacidade (PRI) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a garantia de Perda de Renda por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (PRIA).

**3.3.3 Perda de Renda por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (PRIA):** Garante o pagamento da Renda Contratada, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, destinado a amortizar parte da dívida contraída ou do compromisso assumido com o Estipulante ou Subestipulante, em caso de ocorrência do evento afastamento por incapacidade do Segurado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, em função da ocorrência de acidente pessoal coberto.



a) A garantia de Perda de Renda por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (PRIA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a garantia de Perda de Renda por Incapacidade (PRI).

**3.3.4 Perda de Renda por Desemprego (PRD):** Garante o pagamento da Renda Contratada, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, destinado a amortizar parte da dívida contraída ou do compromisso assumido com o Estipulante ou Subestipulante, em caso de ocorrência do evento desemprego involuntário do Segurado, durante a vigência do Seguro, e observadas as demais condições especificadas nesta cláusula. Os pagamentos serão realizados mensalmente, durante o prazo definido nas Condições Particulares, limitados ao período durante o qual o Segurado permanecer desempregado e observado o período de carência, se houver.

a) A demissão deverá ter ocorrido sem justa causa, e não poderá ser decorrente de pedido de demissão pelo Segurado. Para fazer jus à cobertura, o Segurado deverá comprovar a permanência no último emprego pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses consecutivos.

b) Esta Garantia está sujeita a carência e franquia estabelecida nas Condições Particulares.

c) **Importante:** Esta garantia só pode ser contratada por profissionais que contenham vínculo empregatício.

## 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

4.1.1 de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;

4.1.2 de ato doloso ilícito do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro;

4.1.3 de ato doloso ilícito praticado por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários ou seus representantes, para os Seguros contratados por Pessoa Jurídica;

4.1.4 de uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;



4.1.5 de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

4.1.6 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

4.1.7 de atos terroristas;

4.1.8 epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

4.1.9 do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência individual;

4.1.10 de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei; e

4.1.11 de choque anafilático.

4.2 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos das garantias de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e do Seguro:

4.2.1 de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;

4.2.2 de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e

4.2.3 de 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, em decorrência de acidente coberto.

4.3 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 e 4.2, estão também expressamente excluídos da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) 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 eventos abaixo especificados:



4.3.1 a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

4.3.2 a 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;

4.3.3 os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

4.3.4 as 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 pregresso;

4.3.5 as doenças agravadas por traumatismos;

4.3.6 as doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas;

4.3.7 os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado;

4.3.8 toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 3.3.1b) e Erro! Fonte de referência não encontrada.

4.4 Além dos riscos mencionados nos subitens anteriores, estão também expressamente excluídos da garantia de Perda de Renda por Incapacidade (PRI), Perda de Renda por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (PRIA) os eventos ocorridos em consequência:

4.4.1 de doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;

4.4.2 de estresse, incluído "burnout", e depressão;

4.4.3 de doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

4.4.4 de tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;

4.4.5 de cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;

4.4.6 de cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;



- 4.4.7 de fibromialgias;
  - 4.4.8 de doença Miofascial;
  - 4.4.9 de tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
  - 4.4.10 de tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
  - 4.4.11 de todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
  - 4.4.12 de períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;
  - 4.4.13 de períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
  - 4.4.14 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
  - 4.4.15 de tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
  - 4.4.16 de tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
  - 4.4.17 de tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
  - e
  - 4.4.18 de complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.
- 4.5 Além dos riscos mencionados nos subitens anteriores, estão também expressamente excluídos da garantia de Perda de Renda por Desemprego (PRD) os eventos ocorridos em consequência:
- 4.5.1 de jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
  - 4.5.2 de renúncia ou perda voluntária do emprego;



4.5.3 de trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;

4.5.4 do término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive estágios;

4.5.5 de demissão por justa causa, no caso de empregados trabalhando sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho;

4.5.6 de exoneração ocorrida em função de prática irregular, conforme previsto no estatuto que rege o funcionalismo público federal, estadual ou municipal a qual pertence o Segurado;

4.5.7 do desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;

4.5.8 de campanhas de demissão em massa;

a) Para fins deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês.

4.5.9 de perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um no mesmo período;

4.5.10 de trabalhador sem vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada, de acordo com as Consolidações das Leis do Trabalho;

4.5.11 de trabalhador com vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada por menos um ano;

4.5.12 Estão ainda excluídas da cobertura, as pessoas que exercem os seguintes tipos de atividade:

a) exerçam atividades em regime complementar de trabalho, ou como "horistas";

b) estágio probatório ou sob contrato temporário de trabalho;

c) estágio escolar;

d) trabalho como profissional autônomo; e

e) donos de empresa, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore.

4.6 Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.5 e 4.1.10 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.



4.7 As Garantias Especiais possuem os mesmos riscos excluídos das Garantias Adicionais a qual estão aplicadas a extensão de cobertura.

## 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1 As garantias com cobertura para morte e invalidez permanente previstas no Seguro aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5.2 As garantias de Perda de Renda por Incapacidade (PRI), Perda de Renda por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (PRIA) e Perda de Renda por Desemprego (PRD) aplicam-se para eventos cobertos ocorridos somente em território nacional.

## 6. CAPITAL SEGURADO

6.1 Fica convencionado que o Capital Segurado a ser pago pela Seguradora no caso de sinistro coberto, deverá sempre estar ligado ao valor da dívida contraída pelo Segurado, proporcionalmente à sua participação no contrato de empréstimo e/ou financiamento, junto ao estipulante, não tendo, portanto, este seguro a característica de geração de benefício de seguro de vida.

6.2 O Capital Segurado será estruturado na modalidade de capital vinculado, ou seja, necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste do contrato de financiamento e/ou empréstimo.

## 7. CARÊNCIA

7.1 O período de carência, quando previsto nas Condições Particulares, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou de sua recondução depois de suspenso.

7.1.1 O período de carência não excederá metade do prazo de vigência previsto na Apólice.

7.2 Não haverá carência para acidentes pessoais, **exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses**, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7.3 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina, nem tampouco reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.



7.4 Aumentos de Capital Segurado e subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, podendo ser estipulado pela Seguradora, prazos de carência próprios.

## 8. FRANQUIA

8.1 Podem ser aplicadas franquias às garantias PRI, PRIA e PRD.

8.1.1 Para a Garantia Adicional de Perda de Renda por Incapacidade (PRI), o valor da franquia (estabelecida em dias) estará definido nas Condições Particulares da Apólice e na Proposta de Adesão, respeitando ainda, uma franquia máxima de 15 (quinze) dias para o recebimento da primeira renda.

8.1.2 Para a Garantia Adicional de Perda de Renda por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (PRIA), o valor da franquia (estabelecida em dias) estará definido nas Condições Particulares da Apólice e na Proposta de Adesão, respeitando ainda, uma franquia máxima de 15 (quinze) dias para o recebimento da primeira renda.

8.1.3 Para a Garantia Adicional de Perda de Renda por Desemprego (PRD), o valor da franquia (estabelecida em dias) estará definido nas Condições Particulares da Apólice e na Proposta de Adesão, respeitando ainda, uma franquia máxima de 30 (trinta) dias para o recebimento da primeira renda.

## 9. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A inclusão de possíveis Segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado nas Condições Particulares:

9.1.1 Adesão **automática**, nos seguros não Contributário, quando abranger todo o grupo segurável; ou

9.1.2 Adesão **facultativa**, nos seguros Contributários, quando abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

9.2 Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2.1 A celebração ou alteração das Condições Particulares somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros, que deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.





9.3 A Declaração Pessoal de Saúde e Atividades é parte integrante da Proposta de Adesão, devendo ser preenchida e assinada pelo Proponente.

9.4 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem o estabelecido nas Condições Particulares assinado com o Estipulante.

9.5 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.

9.5.1 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

9.6 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.

9.7 O Segurado se obriga a declarar, na Proposta de Adesão, ou quando da solicitação de aumento no valor do Capital Segurado, a existência de quaisquer outros Seguros de Vida ou de Acidentes Pessoais.

9.8 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.5 destas Condições Gerais será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.9 As propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento, parcial ou total, do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de protocolo da proposta na Seguradora.

9.10 Em caso de não aceitação de proposta em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do prêmio, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data de formalização da recusa. O valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

9.11 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.



9.12 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.

9.13 A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.

## 10. AGRAVAMENTO DO RISCO

10.1 O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, sobre todo e ou parte de qualquer incidente suscetível de agravar ou alterar o risco coberto, sob pena de perder o direito às garantias do seguro, se provado que silenciou de má-fé, conforme artigo 769 do Código Civil Brasileiro.

10.2 A Seguradora, a partir da comunicação de qualquer incidente, poderá cancelar a cobertura individual ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante comunicação por escrito ao Segurado, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso da alteração do risco.

10.3 Entende-se como alteração do risco ocorrências como: mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Adesão e na Declaração de Saúde e Atividade.

## 11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, será especificada nas Condições Particulares.

11.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada nas Condições Particulares e no Certificado Individual.

11.1.2 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas, devendo corresponder ao prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término.

11.1.3 O prazo final de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice.

11.1.4 O presente 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 das Condições Particulares.



11.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus ou dever para os Segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.

11.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

11.3 Durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, que implicar em ônus ou dever para os Segurados, dependerá de anuência de  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo Segurado, exceto para as modificações decorrentes do reenquadramento tarifário do prêmio mensal já previsto contratualmente no item 14.

11.4 Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à dívida/obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada e procederá:

a) Quando houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente; e

b) Quando houver ampliação do prazo original, a seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro

11.5 Se ocorrer a quitação da dívida antecipadamente, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

11.6 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante das Condições Particulares.

11.7 Será enviado novo Certificado Individual aos Segurados em cada uma das renovações do Seguro.

## 12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 O custeio do Seguro poderá ser:

12.1.1 **Contributário**, em que os Segurados pagam o prêmio total.

12.1.2 **Parcialmente Contributário**, em que os Segurados pagam um percentual dos prêmios e o Estipulante/Subestipulante paga um percentual dos prêmios.



a) A soma dos percentuais pagas pelos Segurados e pelo Estipulante/Subestipulante sempre deverá ser igual a 100% (cem por cento) do valor do prêmio.

12.1.3 **Não Contributário**, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante/Subestipulante.

12.2 O prêmio individual do seguro será estabelecido de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante, sendo devidamente informado ao Proponente no ato da contratação do seguro.

12.3 No caso de prêmio por taxa por faixa etária ou por idade, os segurados serão reenquadrados anualmente, no aniversário da apólice, de acordo com a taxa correspondente à sua idade ou faixa etária, conforme condições contratuais. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a idade ou faixa etária do Segurado, incluindo os valores percentuais, constarão nas Condições Contratuais e será disponibilizado aos proponentes quando da adesão ao Seguro.

12.4 As formas de pagamento do Prêmio do Seguro serão estabelecidas nas Condições Contratuais

12.5 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios mensais, **ficando este responsável por seu repasse à Seguradora**, conforme as cláusulas estabelecidas nas Condições Particulares. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.

12.6 É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

12.7 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.

12.8 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data de vencimento prevista no documento de cobrança.



12.9 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, no primeiro dia útil subsequente.

12.10 Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

12.11 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

12.12 Os prêmios pagos em atraso serão acrescidos de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data de vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

### 13. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S), E PRÊMIOS(S)

13.1 Os Capitais Segurados serão estabelecidos na apólice e poderão ser revistos a qualquer momento, a pedido do Estipulante, desde que expressamente aceitos pela Seguradora, sem qualquer prejuízo aos Segurados.

13.2 Os Capitais Segurados serão atualizados de acordo com o novo saldo devedor, conforme informado pelo Estipulante à Seguradora.

13.3 Qualquer aumento ou redução dos Capitais Segurados implicará em alteração automática dos prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada aos Capitais.

13.4 Os prêmios poderão ser previamente definidos sem a necessidade de recálculo futuro, baseados no capital segurado médio do período de cobertura, ou ser recalculados na mesma periodicidade dos capitais. O critério será determinado no contrato.

### 14. RECÁLCULO DE TAXA

14.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.



14.2 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da mesma. A alteração na taxa será realizada por endosso à Apólice, observando o disposto no item 28.

14.3 Na eventualidade de desequilíbrio atuarial, causado por aumento significativo da sinistralidade, que tome o seguro incompatível com as condições mínimas de manutenção, a Seguradora poderá renegociar com o Estipulante novas taxas comerciais, que restabeleçam o equilíbrio financeiro da apólice.

14.4 Quando a alteração na taxa pura for aplicada às apólices vigentes, será realizada por endosso à Apólice e, na hipótese de acarretar ônus ou dever aos Segurados, esta modificação dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

## 15. SUSPENSÃO DAS COBERTURAS

15.1 O período de cobertura do risco durante a vigência do Seguro respeitará a periodicidade do pagamento do prêmio, sendo assim, podem ocorrer as seguintes situações de suspensão das coberturas:

15.1.1 **Suspensão do Segurado na Apólice:** Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, fica a cobertura do Seguro automaticamente suspensa, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança, ficando o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

*“Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.*

15.1.2 **Suspensão das Coberturas da Apólice:** Para os Seguros Contributários, nos casos em que a Seguradora delegar ao Estipulante/Subestipulante a tarefa de recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados, se não houver o respectivo repasse dos prêmios pelo Segurado ao Estipulante/Subestipulante, dentro dos prazos contratualmente previstos, ocorrerá a suspensão das coberturas da Apólice para todo o Grupo Segurado, ficando, ainda, o Estipulante/Subestipulante sujeito às cominações legais.

## 16. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS



16.1 Ocorrendo qualquer uma das situações de suspensão de coberturas previstas no item 16, admitir-se-á, **antes que se completem 90 (noventa) dias de suspensão a cada período de doze meses de vigência da Apólice**, a reabilitação das coberturas do Seguro, mediante pagamento do prêmio referente à vigência a decorrer.

16.1.1 Nessa hipótese, as coberturas do Seguro serão restabelecidas a partir das vinte e quatro horas da data do efetivo pagamento do prêmio, sendo que qualquer indenização eventualmente devida nesse período dependerá de prova de que, antes da ocorrência do sinistro, o prêmio referente à vigência a decorrer tenha sido pago, conforme item 12.8.

16.1.2 Após a reabilitação das coberturas, considerar-se-á como um seguro novo, devendo o Segurado cumprir todos os prazos de carência, sendo apenas dispensado o preenchimento de nova Proposta de Adesão e Declaração de Saúde.

## 17. BENEFICIÁRIO

17.1 O beneficiário neste seguro será o credor, até o valor do saldo devedor da dívida na data do sinistro, desde que não seja superior ao respectivo capital segurado estabelecido no contrato, e vigente na data da ocorrência do sinistro.

17.2 Por se tratar de seguro com capital segurado vinculado, o valor contratado sempre será igual ao valor da dívida, razão pela qual não haverá o pagamento a qualquer outro beneficiário diferente do credor.

## 18. PERDA DO DIRETO À INDENIZAÇÃO

18.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos ou seu(s) Beneficiário(s):

18.1.1 inexactidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;

18.1.2 inobservância das obrigações convencionadas na Apólice; e/ou

18.1.3 fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências.

18.2 Se a inexactidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 18.1.1, não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

18.2.1 na hipótese de não ocorrência do sinistro:



a) cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

18.2.2 na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento 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.

18.3 Nulo será o Seguro para garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

18.4 O(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro.

## 19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1 Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios mensais, o Seguro será automaticamente cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio mensal não pago.

19.1.1 Nos Seguros Contributários, na hipótese de inadimplemento, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios mensais em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

19.1.2 Nos Seguros Não Contributários, na hipótese de inadimplemento, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios mensais em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

19.2 A Seguradora ou o Estipulante poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

## 20. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

20.1 A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.





20.2 O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação.

20.3 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

20.3.1 com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou

20.3.2 quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

20.4 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às garantias Morte (MQC), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

20.5 Desde que efetivamente comprovada, por ser a garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (Morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de morte, bem como o presente Seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

## 21. DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

21.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

Garantia	Evento	Capital Segurado Vigente na Data:
Morte (MQC)	Morte Natural	Do óbito
	Morte acidental	Do acidente
Morte Acidental (MA)	Acidente	Do acidente
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	Acidente	Do acidente
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	Doença	Da declaração médica

Garantia	Evento	Capital Segurado Vigente na Data:
Perda de Renda por Incapacidade (PRI)	Doença	Da caracterização da incapacidade
	Acidente	Da caracterização da incapacidade



Perda de Renda decorrente de Acidente Pessoal (PRIA)	Acidente	Da caracterização da incapacidade
Perda de Renda por Desemprego (PRD)	Demissão	Da demissão

## 22. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

22.1 Os documentos básicos, necessários para a Regulação de Sinistros, a serem encaminhados à Seguradora, devem ser originais ou autenticados em cartório, quando for o caso.

22.2 Segue abaixo a relação dos documentos **básicos** para a Regulação de Sinistros, conforme a cobertura sinistrada:



Garantia	Evento	Documentos Básicos
Morte (MQC)	Morte Natural	Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada.
	Morte Acidental	Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada.
Morte Acidental (MA)	Morte Acidental	Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada.
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada.
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	Invalidez por Doença	Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada.
Perda de Renda por Incapacidade (PRI)	Incapacidade por Doença	Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada.
	Incapacidade por Acidente	Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada., Erro! Fonte de referência não encontrada.





l) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;

m) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e pelo médico assistente, contendo 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 **Erro! Fonte de referência não encontrada. e Erro! Fonte de referência não encontrada.**

n) 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 **Erro! Fonte de referência não encontrada. e Erro! Fonte de referência não encontrada.**

o) Prova de Morte (análise médica).

p) Comprovante de pagamento do último prêmio antes da data de sinistro.

q) Cópia do Boletim de Atendimento Hospitalar e/ou Prontuário Médico Hospitalar na data do Acidente.

r) Originais dos resultados de todos os exames e exames complementares realizados pelo Segurado.

s) Em caso de intervenção cirúrgica, cópia do prontuário médico hospitalar completo.

t) Cópia da ficha ou prontuário médico hospitalar de atendimento de urgência, se for o caso.

u) Cópia autenticada da Carteira de Trabalho (da página onde consta a fotografia do Segurado, seus dados pessoais e a página do último registro da empresa onde trabalho).

v) Cópia da Rescisão do Contrato de Trabalho.

w) Extrato Atualizado do FGTS.

x) Cópia das Prestações relativas ao período de desemprego (seguro desemprego).

22.3 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 Seguradora.

22.4 **Documentos do(s) Beneficiário(s):** Os documentos do(s) Beneficiário(s) estão relacionados conforme seu parentesco/afinidade com o Segurado.

22.4.1 **Estipulante:** Em caso de pagamento para o Estipulante, deverá ser apresentado termo de cessão de direitos elaborado pelo responsável financeiro a favor da Instituição.

22.4.2 **Próprio Segurado:** Carteira de Identidade e CPF.



a) Nos casos em que houver a nomeação de um Curador para o Segurado, deverá ser enviado também a cópia da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e autorização de pagamento em nome do curador nomeado.

22.4.3 **Companheiro(a):** cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

a) Caso o segurado (a) tenha companheira (o) reconhecida (o) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro (a) conviveu maritalmente com o(a) segurado(a) e se essa união perdurou até o falecimento do mesmo.

22.4.4 **Filhos:** cópia autenticada da Certidão de Nascimento (se menor de idade), bem como Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

22.4.5 **Pais e Outros:** cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

22.5 **Declaração de Únicos Herdeiros:** Caso haja indenização e o Segurado não tenha indicado seus segundos beneficiários, em conjunto com a documentação de para regulação dos sinistros deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros e a documentação dos respectivos, conforme lista de documentos de acordo com o parentesco/afinidade do item 22.2.

22.6 **Importante:** A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros complementares.



## 23. COMUNICAÇÃO, REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

23.1 Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o evento à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 22.

23.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 23 destas Condições Gerais. **Em caso de dúvida fundada, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e continuará a correr a partir da entrega de toda a documentação solicitada.**

23.2.1 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido no item 23.2, a Seguradora pagará juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, , ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

23.2.2 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

23.2.3 Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, estará(ão) sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

“Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.

23.3 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 Seguradora.

23.4 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.



23.5 Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, devem ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

23.5.1 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempassador, será paga por ambos, em partes iguais.

23.5.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.

23.6 **Valor Indenizado:** O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado e/ou Renda Mensal, ou referente a um percentual em caso de indenização parcial, vigente na data do evento.

23.6.1 O pagamento será feito através de cheque nominativo ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

a) O pagamento poderá, ainda, ser efetuado através de crédito em conta corrente ou poupança do Segurado ou Beneficiário(s), conforme o caso, mediante solicitação escrita com os dados bancários necessários para o efetivo pagamento.

23.7 **Periodicidade de Pagamento das Indenizações:** As garantias deste Seguro serão pagas conforme a periodicidade definida abaixo.

23.7.1 As indenizações decorrente da garantia de Morte (MQC), bem como das garantias adicionais de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) serão pagas sob a forma de pagamento único.

23.8 Comprovado o desemprego involuntário e o direito às garantias de Perda de Renda por Incapacidade (PRI), Perda de Renda por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (PRIA) e Perda de Renda por Desemprego (PRD), a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, correspondente a cada parcela da dívida contraída ou do compromisso assumido com o Estipulante ou Subestipulante, **limitado ao período indenizável contratado.**

23.8.1 A Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora durante o período indenizável contratado.

23.8.2 Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à garantia. Neste caso, os beneficiários do Segurado, definidos de acordo com a legislação em vigor, receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, limitada ao período indenizável contratado.





23.9 Para as garantias de Perda de Renda por Incapacidade (PRI) e Perda de Renda por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (PRIA), nos casos em que o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias será necessário enviar à Seguradora cópia do Atestado Médico comprovando a continuidade da invalidez.

23.9.1 Comprovada a incapacidade e o direito à garantia, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, **limitado ao período indenizável contratado**, de acordo com o período de incapacidade atestada por relatório médico.

23.9.2 Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado, o qual deverá ser entregue mensalmente pelo Segurado ou Beneficiário.

23.9.3 Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 8, até a alta médica.

23.9.4 Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à garantia. Neste caso, os beneficiários do Segurado, definidos de acordo com a legislação em vigor, receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada na Proposta de Adesão.

23.9.5 Se o Segurado vier a se aposentar por tempo de serviço, no decorrer do seu período de incapacidade, considera-se extinto o interesse segurado (renda) e por consequência o direito a receber o benefício. Neste caso, o Segurado receberá a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que o mesmo permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada na Proposta de Adesão.

a) A aposentadoria vinculada à invalidez originária do evento não prejudica o pagamento do benefício.

23.9.6 O Segurado não terá direito à garantia se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal laboral remunerada por período igual ou inferior ao período de franquia.



23.9.7 A Renda Mensal Temporária será devida do dia subsequente ao término da franquia até a alta médica ou, em caso de falecimento do Segurado, até a data do óbito.

23.9.8 A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do período indenizável contratado para as garantias.

23.9.1 A garantia de Perda de Renda por Desemprego (PRD) será paga mensalmente, durante o período indenizável contratado ou até o Segurado iniciar em novo emprego, o que ocorrer primeiro.

a) Deverá ser encaminhado um comprovante atualizado, com data máxima de 5 (cinco) dias anteriores da apresentação à Seguradora, a cada solicitação de indenização mensal, comprovando que o Segurado permanece na condição de desempregado.

b) Quando o período em que o Segurado não possuir vínculo trabalhista/laborativo com qualquer empregador superar 30 (trinta) dias, o pagamento da Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE) está condicionado à apresentação mensal do comprovante do recebimento das parcelas do seguro desemprego, garantido pela Previdência Social, observado o período indenizável contratado.

23.10 Menores de Idade: A indenização por Invalidez Permanente de menores de idade será paga conforme segue:

23.10.1 **Pessoas com idade entre quatorze e dezesseis anos:** a indenização será paga em nome do menor Segurado, mediante representação de seus pais ou tutores; e,

23.10.2 **Pessoas com idade entre dezesseis e dezoito anos, exclusive:** a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor.

## 24. EXCEDENTE TÉCNICO

24.1 Se previsto nas Condições Particulares, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

24.1.1 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos Segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a.1) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e



a.2) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:

b.1) comissões de corretagem pagas durante o período;

b.2) comissões de administração ("pró-labore") pagas durante o período;

b.3) comissões de agenciamento pagas durante o período;

b.4) valor total dos sinistros em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

b.5) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e

b.6) despesas efetivas de administração, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo.

c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

c.1) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;

c.2) o aviso à Seguradora, para sinistros;

c.3) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e

c.4) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

24.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado nas Condições Particulares até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido nas Condições Particulares, observando o disposto no item 24.4.

24.3 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto nas Condições Particulares, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

24.4 Nos Seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo Segurado, na forma estabelecida nas Condições Particulares.

24.5 Para a verificação de pagamento de Excedente Técnico é necessário que a Apólice apresente uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) componentes principais.



24.6 Nos Seguros em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

## 25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE / SUBESTIPULANTE

25.1 Constituem obrigações do Estipulante/Subestipulante:

25.1.1 fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

25.1.2 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;

25.1.3 fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas às Condições Particulares;

25.1.4 discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

25.1.5 repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

25.1.6 repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

25.1.7 comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

25.1.8 dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

25.1.9 fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

25.1.10 informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

25.2 Nos Seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das garantias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.



## 26. APLICABILIDADE DAS CONDIÇÕES GERAIS

26.1 A responsabilidade da Seguradora está restrita exclusivamente aos compromissos implícitos nas diversas cláusulas que regem a presente Apólice, não se responsabilizando, portanto, por quaisquer outras promessas que não constem nas cláusulas impressas, devidamente assinadas pela diretoria ou seu representante legal.

## 27. FORO

27.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado.

## 28. DISPOSIÇÕES FINAIS

28.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

28.2 O registro deste Plano na SUSEP ao implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

28.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

28.4 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

28.5 A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

28.6 Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventuais alterações serão automaticamente aplicadas ao prêmio.

28.7 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para Segurados e/ou Estipulante/Subestipulante.



## 29. TABELA DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

29.1 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 03 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

29.2 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.

29.3 Para classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

**TABELA 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 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 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 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 autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º 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
	3º GRAU: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

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

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



## TABELA 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 sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08