



Berkley
Brasil Seguros

I a Berkley Company

Condições Gerais e Especiais

SEGURO PRESTAMISTA

MODALIDADE: CAPITAL VARIÁVEL

PROCESSO SUSEP N° 15414.631223/2023-23

Versão: dezembro/2025
Comercialização a partir de 11/12/2025

Confiabilidade e agilidade para seus negócios



Sumário

BEM-VINDO(A) AO SEGURO BERKLEY.....	4
INFORMAÇÕES IMPORTANTES	4
CONSULTAS.....	6
I – INTRODUÇÃO.....	7
1. APRESENTAÇÃO	7
2. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO	7
3. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)	8
3.1. DAS TERMINOLOGIAS CONSTANTES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS	21
II - CONDIÇÕES GERAIS.....	25
Cláusula 1 ^a . OBJETIVO DO SEGURO	25
Cláusula 2 ^a . DOCUMENTOS CONTRATUAIS E COMPLEMENTARES	26
Cláusula 3 ^a . ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	26
Cláusula 4 ^a . RISCOS COBERTOS	26
Cláusula 5 ^a . RISCOS EXCLUÍDOS	27
Cláusula 6 ^a . GRUPO SEGURÁVEL.....	30
Cláusula 7 ^a . GRUPO SEGURADO	30
Cláusula 8 ^a . ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	30
Cláusula 9 ^a . CAPITAL SEGURADO	30
Cláusula 10 ^a . ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	32
Cláusula 11 ^a . REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	33
Cláusula 12 ^a . FRANQUIA	33
Cláusula 13 ^a . CARÊNCIA	33
Cláusula 14 ^a . ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – ESTIPULANTE\SUB-ESTIPULANTE	34
Cláusula 15 ^a . APÓLICE E VIGÊNCIA DO SEGURO	38
Cláusula 16 ^a . CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS	39
Cláusula 17 ^a . AGRAVAMENTO DO RISCO	42
Cláusula 18 ^a . INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO	44
Cláusula 19 ^a . OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE	45
Cláusula 20 ^a . CUSTEIO DO SEGURO	47
Cláusula 21 ^a . CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO	47
Cláusula 22 ^a . PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO	48
Cláusula 23 ^a . PAGAMENTO DO PRÊMIO	49
Cláusula 24 ^a . BENEFICIÁRIOS	53
Cláusula 25 ^a . RECLAMAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO	54
Cláusula 26 ^a . INDENIZAÇÃO	58
Cláusula 27 ^a . RENOVAÇÃO DA APÓLICE	60
Cláusula 28 ^a . CANCELAMENTO DO SEGURO	61
Cláusula 29 ^a . PERDA DE DIREITO	62
Cláusula 30 ^a . CESSAÇÃO DA COBERTURA	63
Cláusula 31 ^a . ALTERAÇÃO CONTRATUAL	64
Cláusula 32 ^a . ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA	64
32.1. Atualização Monetária	65
32.2. Mora	65
Cláusula 33 ^a . SUB-ROGAÇÃO	65



Cláusula 34 ^a . DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO.....	65
Cláusula 35 ^a . MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	67
Cláusula 36 ^a . PRESCRIÇÃO	67
Cláusula 37 ^a . FORO	67
III - CONDIÇÕES GERAIS	68
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (M).....	68
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	71
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	76
ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD).....	83
1º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS.....	83
ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD).....	84
2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS.....	84
ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD).....	85
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF	85
3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE.....	85
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA GRAVES	86
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI) 93	
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)	99

BEM-VINDO(A) AO SEGURO BERKLEY

Prezado(a) Segurado(a),

Seja bem-vindo(a) à Berkley International do Brasil Seguros S.A. Este seguro foi cuidadosamente estruturado para oferecer proteção adequada, com base na proposta de seguro previamente enviada, dentro das coberturas contratadas e condições contratuais previstas em sua Apólice.

**É FUNDAMENTAL LER ATENTAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO.
RECOMENDAMOS, AINDA, QUE VOCÊ LEIA AS CONDIÇÕES
CONTRATUAIS DE ACORDO COM A SUA MODALIDADE E COBERTURAS
CONTRATADAS, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A RISCOS
EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS E EXTINÇÃO DAS GARANTIAS DO
SEGURO.**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Estas Condições aplicam-se a todas as coberturas contratadas pelo segurado, descritas na Proposta de Contratação e Apólice do Seguro.

Os contratos serão realizados conforme o interesse legítimo, por modalidade, não ocorrendo a sobreposição de modalidades e coberturas de seguros.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A. a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

Os interesses e riscos garantidos, assim como os valores segurados, os limites de garantia e indenização, são aqueles expressamente previstos nos documentos contratuais.

As análises do risco e prêmio levaram em consideração os fatos, elementos e documentos apresentados pelo Proponente que declarou, por meio próprio, do seu corretor de seguros ou representante legal, não ter omitido qualquer fato que pudesse ou possa interferir na aceitação do risco e

Versão: 12/2025

www.berkley.com.br



definição do prêmio, sob pena de ter o seguro cancelado ou na ocorrência de um sinistro, o mesmo negado.

O Proponente declarou que celebrado o contrato de seguro, expressamente concordou que toda e qualquer alteração ou modificação do objeto segurado e/ou do risco subscrito e aceito por esta Seguradora — tais como, mas não limitado aos dados, **informações** constantes da proposta de contratação — deverá ser comunicada à Seguradora imediatamente. A Berkley poderá, dentro dos prazos e regras contidos nas Condições Contratuais, aceitar a (s) alteração (s), com ou sem cobrança de prêmio adicional **e não sendo possível permanecer no risco, comunicar o Segurado dentro dos prazos constantes nas Condições Contratuais**

Pelos princípios da transparência, mútuo e boa-fé entre as Partes Contratantes, Tomador, Segurado e/ou Corretor aqui nomeado estão cientes que a omissão do dever de informar acarretará o cancelamento da apólice e, na hipótese da ocorrência de um sinistro, perda do direito à indenização.

Sob pena de perder a garantia, o Segurado não deve agravar intencionalmente o risco.

O Segurado declara, por meio próprio ou do seu corretor de seguros ou representante legal, ter pleno conhecimento sobre os termos dispostos nas condições contratuais, incluindo, mas não limitando, todos os direitos, coberturas, exclusões ou cláusulas restritivas de direito. E quando solicitado, por meio dos canais indicados, receberam todas as informações e esclarecimentos de suas dúvidas, com o que expressamente concordam e anuem.

Ao contratar o Seguro, o(a) Segurado(a) declara que:

Acessaram previamente os Termos e Condições Contratuais disponíveis em www.berkley.com.br;

- Estão cientes, sem dúvidas e manifestadamente de acordo com todos os Termos e Condições Contratuais anexos e disponibilizados pelo endereço eletrônico www.berkley.com.br, incluindo, mas não limitando, todos os direitos, condições de cobertura, obrigações, limites ou exclusões constantes nas condições contratuais.



CONSULTAS

O Segurado poderá consultar:

Consulte o Plano de Seguro (**nº do Processo Susep**): 15.414.900447/2014-08

<https://www2.susep.gov.br/safe/menumercado/REP2/Produto.aspx/Consultar>

FALE COM A BERKLEY | Canais de Atendimento

SAC

📞 0800 777 3123

✉️ comercial@berkley.com.br

OUVIDORIA BERKLEY

📞 0800 797 3444

✉️ ouvidoria@berkley.com.br

🌐 www.consumidor.gov.br

PLANTÃO 24H | SINISTROS

📞 0800 770 0797

✉️ sinistros@berkley.com.br

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

✉️ privacidade@berkley.com.br

Canal oficial de reclamações: www.consumidor.gov.br

I – INTRODUÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as Condições Gerais, Especiais e Particulares do seu Seguro PRESTAMISTA, modalidade CAPITAL VARIÁVEL, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições.

Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições serão aplicadas as leis que regulamentam os Seguros no Brasil.

O Segurado, por meio próprio ou por seu corretor de seguros ou representante legal, ao assinar a proposta de seguro, declara o conhecimento e o acesso a presente condições, pelos canais disponíveis pela seguradora e constante na proposta de seguro.

2. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

Este contrato de Seguro está subdividido em partes, assim denominadas: Condições Gerais e Condições Especiais, Condições Particulares.

Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de Seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do Segurado e da Seguradora.

Denominamos Condições Especiais o conjunto de cláusulas relativas às garantias deste plano de Seguro, onde são descritos quais são os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.

Denominamos Condições Particulares Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

As condições particulares do seguro prevalecem sobre as condições especiais, e estas, sobre as condições gerais.

3. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)

Para facilitar a compreensão do vocabulário empregado nestas Condições Gerais e Especiais, apresentamos a seguir, em ordem alfabética, as definições resumidas dos principais termos técnicos, os quais passam a fazer parte integrante e inseparável das condições contratuais, e estes termos prevalecem sobre qualquer discordância que houver:

ACEITAÇÃO: Ato de aprovação, pela Seguradora, de proposta a ela submetida para a contratação de seguro;

ACIDENTE: acontecimento que deriva de causa súbita, imprevista e ocasional, que provoca danos físicos às coisas seguradas de modo a exigir que sejam reparadas, reconstruídas ou repostas. Ver “Evento”;

ACIDENTE DE CAUSA EXTERNA: Aquele em que o fato gerador do sinistro é externo ao bem atingido;

ACIDENTE PESSOAL: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que se inclui nesse conceito o suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;

AGRAVAMENTO DE RISCO: é uma modificação, posterior à contratação do seguro, de circunstâncias inicialmente declaradas, que resulta no aumento da probabilidade de ocorrência e/ou da severidade de um Sinistro e deve ser imediatamente comunicada à Seguradora pelo Segurado, ou seu representante Legal ou seu Corretor de Seguros;

AGRAVAMENTO INTENCIONAL DE RISCO: é uma circunstância que resulta no aumento da probabilidade de ocorrência e/ou da severidade de um Sinistro, conhecida pelo Segurado, seu representante legal, seu corretor de seguros e/ou seu preposto, que por omissão, negligência ou imperícia deixa de ser comunicada à Seguradora, seja no momento da contratação ou durante a vigência do contrato de seguro;

AGRAVAMENTO RELEVANTE DE RISCO: é o **agravamento** que resulta em aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência e/ou da severidade do risco assumido pela Seguradora, conforme pactuado no contrato de seguro. Nessa ocasião, o Segurado, ou seu representante Legal ou Corretor de Seguros deve comunicar a

Seguradora que poderá deliberar pela continuidade do contrato, com eventual cobrança de prêmio adicional, nos casos em que o risco alterado ainda for passível de aceitação. Caso as alterações tornem o risco inaceitável, o contrato poderá ser rescindido no prazo previsto em lei. A não comunicação pelo Segurado, seu representante Legal ou Corretor de Seguros comunicação acarretará o cancelamento do seguro e havendo sinistro, negativa ao pagamento da indenização;

AMBIENTE HOSPITALAR: Considera-se ambiente hospitalar; hospitais, ambulatórios, consultórios e clínicas;

ÂMBITO GEOGRÁFICO: Local para a abrangência da cobertura da apólice;

APÓLICE: Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva);

APÓLICE DE AVERBAÇÃO OU ABERTA: aquela em que o segurado comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com importâncias seguradas variáveis limitadas ao valor do limite máximo de garantia contratado;

APROPRIAÇÃO INDÉBITA: Apropriar-se de coisa alheia móvel, de que tem a posse ou a detenção, sem o consentimento do proprietário;

ATO DOLOSO: É o ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem;

ATO ILÍCITO: É toda ação ou omissão voluntária, ou decorrente de negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem;

AVISO DE SINISTRO: Documento por meio do qual o segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do segurado;

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica a quem o Segurado reconhece o direito de receber a indenização, ou parte dela, devida pelo seguro. Os beneficiários podem ser certos (determinados) quando constituídos nominalmente na apólice, ou incertos (indeterminados) quando desconhecidos no momento da contratação do seguro;



BOA – FÉ: No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem de acordo com a lei;

CANCELAMENTO DA APÓLICE: Dissolução antecipada do contrato de seguro, em sua totalidade, por determinação legal, por acordo, por inadimplemento do Segurado, ou parcialmente, em relação a uma determinada cobertura, por acordo ou exaurimento do limite máximo de indenização. O cancelamento do seguro, total ou parcial, por acordo entre as partes, denomina-se RESCISÃO;

CAPITAL SEGURADO: é a importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela Seguradora em caso de ocorrência de evento coberto por este seguro. O valor do capital segurado será pactuado na proposta de contratação e adesão do seguro, preenchida e assinada pelo estipulante e segurado;

CAPITAL SEGURADO VARIÁVEL: Modalidade em que o capital segurado está atrelado a obrigação cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro, tal como, mas não se limitando a fatura de cartão de crédito e dívida de cheque especial;

CARREGAMENTO: É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

CARÊNCIA: Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento de Limite Máximo de Garantia, de Limite Máximo de Indenização ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção das importâncias contratados;

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento contratual destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores segurados ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas;

CLÁUSULA PARTICULAR: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura;

CLIENTE: o proponente, o segurado, o garantido, o tomador, o beneficiário, o assistido, o titular ou subscritor de título de capitalização ou o participante de plano de previdência complementar aberta;

COBERTURA: Compromisso da seguradora no pagamento de até a importância contratada, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura;

COMISSÃO: É a percentagem sobre os prêmios recebidos com que as Seguradoras remuneram o trabalho de intermediários de seguro;

CONDICÃO PREEXISTENTE: É a condição de conhecimento do segurado, seja pela existência de eventos antecedentes e não declarados na proposta de contratação ou adesão;

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice, condições particulares, especificações e endossos e, quando for o caso de plano coletivo, além dos relacionados, considera-se o contrato empresarial, da proposta de adesão e do certificado individual;

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura;

CONSIGNANTE: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;

CONTRATO DE RESSEGURO: é o documento físico ou eletrônico que representa uma operação de transferência de riscos de uma Seguradora Cedente para um ressegurador;

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física ou jurídica habilitada pela SUSEP a angariar e promover contratos de seguros. Cabe ao Corretor intermediar o seguro pretendido, bem como orientar e esclarecer o Segurado sobre os direitos, obrigações, limites e penalidades previstas neste contrato, respondendo legalmente;



COSSEGURÓ: As operações de cosseguro serão livremente pactuadas por duas ou mais sociedades seguradoras, garantindo o mesmo interesse contra o mesmo risco, ao mesmo tempo, cada uma delas assumindo uma cota de garantia, não existindo responsabilidade solidária entre as sociedades seguradoras;

COTAÇÃO: Processo pelo qual são solicitadas e analisadas propostas de preços, condições e coberturas de seguros junto a diferentes seguradoras, podendo ser denominada como Orçamento, com o objetivo obter uma prévia e poder comparar e escolher a melhor opção disponível para contratação. A cotação envolve o levantamento de informações sobre o bem ou interesse a ser segurado, avaliação dos riscos e definição dos valores dos prêmios, franquias e demais condições contratuais. **A cotação não configura concessão de cobertura pela Seguradora;**

CREDOR: Aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido;

CULPA GRAVE: Termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo;

DANO CORPORAL: Toda lesão exclusivamente física causada ao corpo da pessoa, inclusive morte ou invalidez permanente;

DANO MORAL: é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do Juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos;

DATA DE EXIGIBILIDADE: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas na apólice;

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo segurado ou pelos beneficiários emite sua opinião

sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos;

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE: documento formal e legal incluso na proposta de adesão em que o proponente ou segurado, presta informações sobre as suas condições de saúde, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da proposta de adesão;

DESAPARECIMENTO INEXPLICÁVEL: Desaparecimento de coisa ou bem de forma que não se pode explicar. Este Seguro não garante este tipo de Evento, não há cobertura, se trata de risco excluído deste produto;

DESPESAS DE CONTENÇÃO DE SINISTRO: São aquelas despendidas pelo segurado com medidas imediatas e/ou ações emergenciais com a finalidade de evitar o evento iminente e que seria passível de cobertura pelo presente contrato de seguro, a partir de um incidente ou perturbação do risco, sem as quais os eventos cobertos e descritos na presente apólice seriam inevitáveis ou ocorreriam de fato, e seguindo as condições cobertas e excluídas de acordo com a modalidade do seguro (ESTE SEGURO NÃO CONTEMPLA ESTA CONDIÇÃO);

DESPESAS DE SALVAMENTO: São aquelas despendidas pelo Segurado com medidas imediatas e/ou ações emergenciais, durante e/ou após a ocorrência de um sinistro, visando minorar as consequências, como, por exemplo, evitando sua propagação, salvando e protegendo os interesses descritos no seguro, desde que dentro das especificidades da modalidade do seguro (ESTE SEGURO NÃO CONTEMPLA ESTA CONDIÇÃO);

DEVEDOR: Aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada;

DOCUMENTOS CONTRATUAIS: todos os instrumentos legais que formalizam o contrato entre seguradora e segurado, estabelecendo direitos, obrigações, garantias e condições do seguro. Entre esses documentos estão a proposta, a apólice, condições gerais, especiais, particulares, especificação da apólice, o certificado individual, o endosso, averbações, detalhando as características, coberturas, exclusões e limites do contrato conforme regulamento vigente;

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de

qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios

DOLO: Ato consciente por meio do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio;

DOWNLOAD: Ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário quando o objetivo é obter dados disponibilizados na internet. Os arquivos para download podem ser textos, imagens, vídeos, programas entre outros

EDITAL: ato indicado no Objeto, por intermédio do qual o Segurado faz público seu propósito de licitar um objeto determinado, estabelece os requisitos exigidos dos proponentes e das propostas, regula os termos segundo os quais os avaliará e fixa as cláusulas do eventual contrato a ser firmado, contemplando o instrumento de sua publicação, seus anexos, manuais, resumos, projetos e demais informações disponibilizadas pelo Segurado para elaboração de propostas pelos licitantes;

EMOLUMENTOS: É o conjunto de despesas adicionais que o segurador cobra ao segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro, tal como o custo de apólice;

ENDOSSO: Documento, emitido pela seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas;

ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE: Documento que faz parte integrante da apólice, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado;

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor. O estipulante de seguro prestamista representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato e responde perante eles e a seguradora por seus atos e omissões;



EVENTO: É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento, decorrente de uma mesma causa, passível de ser garantido por uma apólice de seguro;

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevisível, previsto nas coberturas desta apólice e ocorrido na vigência do seguro;

EVENTO DE CAUSA EXTERNA: É todo e qualquer dano material causado ao bem segurado que não tenha se originado deste mesmo bem, mas sim de algum agente externo a ele. É o mesmo que “Danos de Causa Externa”;

FORÇA MAIOR: Acontecimento inevitável e irresistível, ou seja, evento que poderia ser previsto, porém, não controlado ou evitado;

FORO: Refere-se à localização do Órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato;

FRANQUIA: Entende-se por franquia o valor ou diárias expressamente definido no contrato de seguro, para cada cobertura que for prevista a sua existência, representando a participação do Segurado nos prejuízos consequentes de cada sinistro. Deste modo, a responsabilidade da Seguradora começa apenas e tão somente depois de alcançado o seu limite. Ver também “Participação Obrigatória do Segurado”;

FRAUDE: Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato;

GFIP: Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e de Informações à Previdência Social (INSS);

GRUPO SEGURADO: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

GRUPO SEGURÁVEL: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool;

INDENIZAÇÃO: valor a que a Seguradora está contratualmente obrigada a pagar a quem possuir interesse legítimo, em caso de sinistros amparados pela apólice;

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES: É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores;

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;

INTERESSE LEGÍTIMO: Entende-se por interesse legítimo aquele que o segurado ou beneficiário possui sobre o bem, pessoa ou direito objeto do seguro, sendo condição essencial para a validade do contrato de seguro. Ou seja, para que haja cobertura, é necessário que o segurado demonstre um vínculo jurídico ou econômico, direto ou indireto, reconhecido pela legislação, que possa ser afetado pelo evento segurado. O interesse legítimo não se limita à propriedade, podendo abranger, por exemplo, posse, usufruto ou outro direito real ou pessoal, desde que haja possibilidade de prejuízo em decorrência do sinistro. A ausência de interesse legítimo pode ensejar a nulidade do contrato de seguro;

INTERMEDIÁRIO: o responsável pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, de capitalização e/ou de previdência complementar aberta, tais como o Intermediário, o representante de seguros, o correspondente de microseguros, o distribuidor de título de capitalização, entre outros executores das atividades enumeradas nesta definição;

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas;

I.O.F.: Imposto sobre operações financeiras;

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: É o processo para pagamento de indenizações ao Segurado, com base no Relatório de Regulação de sinistros;

MÁ-FÉ: Agir, propositadamente, de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito;

MÉDICO ASSISTENTE: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa; ou, que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. 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, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da Seguradora;

MEIOS REMOTOS: aqueles que permitem a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras;

NATIMORTO: criança que ao nascer já se encontra morta;

MODALIDADE: Conjunto de cláusulas que estabelecem as disposições específicas do Seguro Garantia de acordo com as características, dispositivos e legislação da obrigação garantida;

OBJETIVO DO SEGURO: É a designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos ou garantias;

OMISSÃO: No seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições;

ORÇAMENTAÇÃO: Mesma definição de cotação;

PERÍODO INTERMITENTE DE COBERTURA: período de cobertura fixado de forma descontinuada, a partir de critérios determinados nas condições contratuais, que estabelecem sua interrupção e reinício, bem como inclusão ou exclusão de cobertura dos riscos;

PERÍODO DE VIGÊNCIA: É o período de validade devidamente discriminado na apólice;

PRÊMIO: Importância devida pelo tomador à seguradora, em função da cobertura do seguro, e que deverá constar da apólice ou endosso;

PRÊMIO COMERCIAL: É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;

PRÊMIO DEPÓSITO: é um valor de estipulação facultativa, previamente acordado entre as partes, devido pelo segurado à seguradora por ocasião da emissão de uma apólice de averbação, correspondente a uma estimativa do prêmio total, calculado com base em uma previsão das movimentações dos negócios do segurado vinculadas à apólice de averbação, durante todo o período de sua vigência;

PRÊMIO INICIAL: é um valor de estipulação facultativa, previamente acordado entre as partes, devido pelo segurado à seguradora por ocasião da emissão de uma apólice de averbação, e que não



corresponde a uma estimativa do prêmio total associado às movimentações dos negócios do segurado durante a vigência da apólice;

PRÊMIO MÍNIMO: a parcela do prêmio não reembolsável e devido à Seguradora a título de remuneração mínima, a partir do momento da emissão do seguro, em razão do consumo de capacidade e seu custo de oportunidade, bem como pela própria garantia securitária prestada desde o momento da emissão da Apólice, não gerando efeito para incremento sobre os valores de capitais de segurados contratados;

PRÊMIO PERIÓDICO: valor a ser pago para a garantia do risco, com qualquer periodicidade compatível com as suas características e com a vigência da cobertura, conforme opção especificada na proposta ou no bilhete;

PRÊMIO PURO: É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;

PRÊMIO ÚNICO: valor a ser pago para a garantia do risco calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado;

PRESSCRIÇÃO: Perda do direito de propor uma ação depois de ultrapassado o prazo que a lei determina para reclamação de um interesse;

PROONENTE: O interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva;

PROPOSTA DE ADESÃO: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro, e deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro;

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: Documento legal pelo qual o estipulante ou o proponente solicita a sua inclusão no Seguro, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro;

"PRO RATA TEMPORIS": Referência a um tipo de cálculo cujos resultados são proporcionais ao tempo decorrido. Nos contratos de

seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato;

REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES: aquele por meio do qual repartem-se ou dividem-se entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados neste mesmo período.

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;

REINTEGRAÇÃO: Recomposição do valor reduzido do Limite Máximo de Indenização, relativo a uma ou mais das coberturas contratadas e Limite Máximo de Garantia da apólice, na mesma proporção em que foi reduzido em razão de indenização paga;

RELATÓRIO FINAL DE REGULAÇÃO: Documento emitido pela seguradora no qual se transmite o posicionamento acerca da caracterização ou não do sinistro reclamado, bem como os possíveis valores a serem indenizados;

RENOVAÇÃO: Ao término da vigência de um contrato de seguro, normalmente é oferecida ao Segurado a possibilidade de dar continuidade ao contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominado renovação do contrato;

REPRESENTANTE DE SEGUROS: Pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome de sociedade seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades. O representante de seguros é um agente autorizado da sociedade seguradora, não possui poderes de representação dos segurados e é considerado intermediário dos produtos da sociedade seguradora;

RESCISÃO: É o rompimento do contrato do seguro ou do resseguro antes do seu término de vigência;

RESSARCIMENTO: É o valor pago pela seguradora ao segurado ou beneficiário do seguro, destinado a reparar prejuízos decorrentes de eventos cobertos pelo contrato, respeitados os limites e condições estabelecidos na apólice. O ressarcimento ocorre quando há a

comprovação do dano e do direito à indenização, conforme previsto nas normas vigentes;

RESSEGURO: é a operação de transferência de riscos de uma Seguradora Cedente, com vistas a sua própria proteção, para um ou mais resseguradores, através de contratos automáticos ou facultativos;

RESSEGURADOR: é a pessoa jurídica autorizada a operar no mercado brasileiro de resseguros, responsável por assumir parte dos riscos transferidos pelas seguradoras, em contratos automáticos ou facultativos, e sua atuação é fundamental para fortalecer a capacidade de cobertura e segurança das operações de seguro;

RISCO: Fato ou acontecimento possível, futuro, incerto e independente da vontade das partes contratantes de um seguro, cuja indenização é garantida pela Seguradora;

RISCOS EXCLUÍDOS: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

SEGURADO: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

SEGURADORA: ou Ente Supervisionado, sendo a BERKLEY INTERNATIONAL do BRASIL SEGUROS S.A., Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais;

SEGURADORA LÍDER: é a sociedade seguradora que administra a operação de cosseguro perante o segurado;

SEGURO: Operação que toma forma jurídica de um contrato, em que uma das partes (Seguradora) se obriga para com a outra, mediante o recebimento de uma importância (prêmio), a indenizá-la de um prejuízo (sinistro), resultante de um evento futuro, possível e incerto (risco) indicado nas condições contratuais ratificadas na apólice;

SINISTRO: é concretização de um risco coberto; caso não esteja amparado pelo contrato de seguro, é denominado risco ou evento não coberto. Inadimplência do tomador em relação à obrigação garantida;

SUBESTIPULANTE: É a pessoa física ou jurídica que mantém uma relação jurídica com o Estipulante e que participa do seguro prestamista contratado por este, geralmente para seus colaboradores,

associados ou membros. O Subestipulante atua como representante dos segurados e beneficiários durante a contratação e execução do seguro, sendo responsável perante eles e à seguradora por suas ações e omissões relacionadas ao contrato.

SUB-ROGAÇÃO: Transferência para a Seguradora, dos direitos e ações do segurado ou do beneficiário do seguro contra o causador das perdas e danos, até o limite do valor por ela indenizado;

SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS: É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil;

TERCEIROS: Qualquer pessoa física ou jurídica que não seja:

- a) o próprio segurado;
- b) o causador do sinistro;
- c) funcionários, aprendizes ou contratados do Segurado, enquanto a seu serviço; ou
- d) sócios, controladores, diretores ou administradores da empresa segurada.

VIGÊNCIA: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro;

VÍNCULO: É a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

3.1. DAS TERMINOLOGIAS CONSTANTES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

Agravo Mórbido: evolução com piora de uma doença.

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuro mental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a percepção da realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, tornando o segurado total e permanentemente incapaz para a vida civil.

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo sistema nervoso.

Atividade Laborativa: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o segurado obtenha renda.

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

Auxílio: ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

CIDs: Código internacional de doenças

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento lógico, na memória, na percepção de realidade, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

Disfunção imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem tratamento.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronificada).

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame anatomo-patológico para sua classificação definitiva.

Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

Hígido: saudável.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

Sequela: qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal: capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Este glossário foi elaborado com base na Lei de Seguros e nas definições das normas atuais do setor.

Você também pode consultar estes e outros termos do mercado de seguros diretamente no site da SUSEP, no Glossário da Superintendência de Seguros Privados.

([Glossário — SUSEP - Superintendência de Seguros Privados](#))

II - CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula 1ª. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O seguro prestamista tem como finalidade principal assegurar o legítimo interesse do segurado. Essa garantia está condicionada ao cumprimento de todas as exigências presentes nos documentos contratuais, abrangendo desde o preenchimento do questionário de risco, passando pelo pedido de cotação, propostas, especificação da apólice, até os demais documentos que compõem o contrato.

1.2. **O objetivo do seguro prestamista, é de garantir a amortização, ou quitação total ou parcial de uma 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, observado o previsto nas condições gerais, especiais e contratuais da apólice, exceto eventos decorrentes de riscos excluídos.** Essa modalidade de seguro visa proteger ambas as partes envolvidas, assegurando ao credor o recebimento do valor devido e ao segurado (ou seus beneficiários) a quitação ou amortização de dívidas contraídas pelo segurado junto ao Credor.

1.3. A indenização será concedida se o evento coberto ocorrer em decorrência dos riscos especificados e cobertos, e enquanto permanecerem inalterados os dados apresentados nos documentos utilizados para a emissão da Proposta de Contratação e da respectiva apólice, conforme condições contratuais apresentadas e firmadas entre as partes. Todos esses documentos fazem parte integrante do contrato do seguro, sendo essenciais para a definição dos direitos e obrigações das partes.

1.4. A eficácia do contrato de seguro depende da existência de interesse legítimo.

1.5. A superveniência de interesse legítimo torna eficaz o contrato desde então, ou seja, se durante a vigência do contrato de seguro surgir um interesse legítimo por parte do segurado (ou seja, se ele passar a ter um motivo válido para estar protegido pelo seguro, mesmo que esse motivo não existisse no momento da contratação), o contrato de seguro passa a ser válido e eficaz a partir desse momento em que o interesse legítimo concretiza.

1.6. Se for impossível a existência do interesse, o contrato será nulo.

1.7. No seguro de pessoas de terceiro, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do segurado.

Cláusula 2ª. DOCUMENTOS CONTRATUAIS E COMPLEMENTARES

2.1. São documentos contratuais deste seguro a proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou seu corretor de seguros, apólice, os seus endossos, aditivos, condições contatuais, e, os documentos complementares, da proposta de seguro, da ficha de informações quando do pedido de cotação e declarações de saúde e atividades, proposta de adesão, proposta de contratação e outros documentos juntados, que serviram de base todos os demais documentos a ela anexados que deram origem à contratação do seguro.

2.2. Qualquer alteração no conteúdo dos documentos referidos nesta cláusula só será válida se for e se houver concordância prévia sobre ela entre as partes.

2.3. Os documentos e demais instrumentos mencionados no subitem 1 da presente cláusula, não alteram o âmbito de cobertura deste contrato de seguro, especificado na cláusula Cláusula 1ª destas condições gerais.

2.4. Não é válida, em nenhuma hipótese, a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de fato ou circunstância que não conste dos documentos fornecidos, nem daqueles que não tenham sido comunicados posteriormente, na forma estabelecida nestas condições gerais.

Cláusula 3ª. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

3.1. Considera-se como âmbito geográfico das coberturas todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, que deverá constar das condições especiais de cada cobertura e\ou particulares que fazem parte do contrato.

Cláusula 4ª. RISCOS COBERTOS

4.1. As coberturas do seguro podem ser contratadas isoladamente respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora, de acordo com a opção feita pelo Estipulante e ou Subestipulante na Proposta de Contratação e ratificadas na Apólice do Seguro.

4.2. O objetivo da cobertura, riscos cobertos e riscos excluídos estão dispostos nas respectivas condições especiais, além dos riscos excluídos previstos nas condições gerais.

4.3. COBERTURAS

4.2.1 Para fins deste seguro, consideram-se as coberturas passíveis de contratação para este seguro, respeitadas as conjugações oferecidas pela BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A:

- Morte Natural ou Acidental (M);
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- Invalidez Permanente Funcional por Doença (IFPD);
- Diagnóstico de Doenças Graves – (DDG);
- Desemprego Involuntário- (DI);
- Incapacidade Física Total e Temporária – IFTT.

4.3.1. O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais as coberturas pretende contratar.

4.3.2. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas nos documentos contratuais.

Cláusula 5ª. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. **Estão expressamente excluídos das coberturas contratadas pelo presente Seguro, os sinistros ocorridos em consequência de:**

- a. 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;
- b. 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, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
- c. atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- d. atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- e. doenças e acidentes pessoais preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes pessoais sofridos pelo segurado antes da contratação do seguro;
- f. despesas decorrentes de doenças, inclusive pré-existentes;

- g. tratamentos médicos, hospitalares, odontológicos, fisioterápicos, psicológicos ou psiquiátricos, bem como quaisquer procedimentos de reabilitação, exceto quando decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto e nos limites previstos nesta apólice;**
- h. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: - Do início de vigência individual do seguro; ou - Da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo segurado/estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;**
- i. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;**
- j. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- k. tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente pessoal;**
- l. choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal ou doença coberto;**
- m. qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;**
- n. de parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto**
- o. perda de dentes e danos estéticos;**
- p. procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia.**
- q. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.**

5.2. Os seguros de pessoas por definição não abrangem a cobertura de despesas relacionadas a salvamento e contenção.

5.3. O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.

5.3.1. A parte que tiver conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, celebrar o contrato pagará à outra o dobro do valor do prêmio.

5.4. Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar o risco objeto do contrato de seguro.

5.5. Além dos Riscos Excluídos acima, deverão ser considerados os constantes na Cláusula das Condições Especiais no item RISCOS EXCLUÍDOS das respectivas coberturas contratadas.

5.6. EMBARGOS E SANÇÕES

5.6.1. Estão excluídos da cobertura dessa Apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a. Reino Unido e União Europeia:

<https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b. *Office of Foreign Assets Control – OFAC* (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA):

<https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

5.6.1.1. Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

5.6.2. Na hipótese de estar vedado nos termos da presente exclusão, o pagamento de qualquer parcela do capital segurado originalmente destinada aos beneficiários livremente indicados pelo proponente ou,

se não tiver sido feita tal indicação ou se por qualquer outro motivo não puder prevalecer esta escolha aos beneficiários referidos, tal parcela do capital segurado deverá ser paga, conforme seja o caso, integralmente aos demais beneficiários legais na mesma condição ou aos beneficiários seguintes na ordem dada pela Lei do Seguro.

Cláusula 6ª. GRUPO SEGURÁVEL

6.1. Entende-se por grupo segurável os **segurados titulares**: aquelas pessoas físicas (devedores) que mantêm **vínculo mediante dívida contraída com o Credor**, devida e legalmente comprovado junto ao estipulante ou subestipulante (credor da operação);

6.2. É facultada à Seguradora a solicitação, a qualquer tempo, de apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

Cláusula 7ª. GRUPO SEGURADO

7.1. É o conjunto dos componentes do grupo segurável, desde que aceitos e incluídos na apólice cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas condições contratuais deste seguro.

Cláusula 8ª. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

8.1. O índice de adesão é a relação entre o número de segurados e o total de componentes do grupo segurável.

8.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da apólice será fixado em cada caso por meio da proposta de contratação coletiva e das condições particulares que fazem parte das condições contratuais.

Cláusula 9ª. CAPITAL SEGURADO

9.1. **O capital segurado VARIÁVEL OU VINCULADO é a modalidade em que o capital contratado é, necessariamente, igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.**

9.1.1. As parcelas da dívida ou compromisso financeiro em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado poderão ser incorporados ao valor do capital segurado, caso previsto no contrato de estipulação, e, consequentemente, indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em



caso de sinistro coberto, desde que não exceda o valor do capital segurado vigente na data do sinistro.

9.2. No caso de segurado pessoa jurídica, a repartição do capital segurado considerará as proporções das representatividades dos sócios/diretores constantes no contrato social da empresa.

9.3. Casos em que haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, em caso de sinistro coberto, o valor da indenização respeitará o percentual do capital segurado indicado na proposta de adesão para cada um dos segurados.

9.3.1. Caso o pagamento referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.

9.4. A data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, será estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

9.5. O Capital Segurado será alterado somente após submissão e aceitação pela Seguradora.

9.6. Os capitais segurados devidos não implicam sub-rogação, quando pagos, e são impenhoráveis.

9.7. O Estipulante poderá solicitar aumento do capital segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, que analisará a aceitação ou não, e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável, sendo que:

- a) O Capital Segurado será ampliado a partir da data de início de vigência do endosso;
- b) As indenizações para fato ou sinistros anteriores a data de início do endosso ficarão limitadas ao valor do Capital Segurado máximo de indenização vigente na época da data do evento, mesmo que as reclamações respectivas venham a ser apresentadas posteriormente;
- c) O pagamento de qualquer indenização determinará a redução do limite do capital segurado de indenização de ambos os períodos de cobertura, se couber e de acordo com as condições de cada cobertura.

9.8. **Se o pagamento de indenizações levar ao esgotamento do limite máximo contratado para determinada cobertura, essa cobertura será automaticamente cancelada, assim como o seguro individual, caso a**

cobertura atingida seja essencial ao contrato.

9.8.1. Não existe a possibilidade de restabelecer a cobertura cancelada. O Estipulante deverá providenciar nova proposta de adesão e novo seguro ao segurado cancelado.

9.9. Os capitais segurados, devidamente estabelecidos para cada garantia contratada, podem ser objeto de cessão de responsabilidade por meio de acordos de resseguro firmados pela Seguradora, ou o contrato de seguro pode ser compartilhado com outras seguradoras através de acordo de cosseguro.

9.9.1. As operações de cosseguro são acordos estabelecidos de forma livre entre duas ou mais sociedades seguradoras. Para que essas operações sejam válidas, é indispensável que o segurado, seu representante legal ou intermediário, tome conhecimento e dê sua anuência expressa.

9.9.2. No cosseguro, o mesmo interesse é garantido contra o mesmo risco, simultaneamente, por mais de uma seguradora. Cada sociedade seguradora participante assume uma parte específica do risco, denominada cota de garantia, delimitando de maneira clara sua responsabilidade na operação.

9.9.3. No Cosseguro, não existe responsabilidade solidária entre as seguradoras envolvidas. Isso significa que cada uma responde unicamente pela sua respectiva cota de garantia, conforme pactuado no contrato de cosseguro entre as seguradoras.

9.10. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se **como data do evento**, as previstas nas condições especiais de cada cobertura contratada.

9.11. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice previsto e pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador conforme disposto na Cláusula 10^a ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

Cláusula 10^a. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

10.1. Não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio correspondente. O prêmio será recalculado na mesma

proporção em que houver alteração do capital segurado contratado.

10.2. O capital segurado contratado é vinculado, ou seja, será necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização.

10.2.1. Para fins de atualização de pagamentos ou devoluções de prêmios, os valores serão atualizados pela variação positiva do IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial.

10.2.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPC - FIPE-Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou outro índice que vier a substituí-lo.

10.2.3. A atualização será feita com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

10.3. Independentemente da periodicidade de pagamento do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado desde a data da última atualização até a data da ocorrência do sinistro.

Cláusula 11ª. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. Em caso de sinistro, a reintegração do capital segurado será definida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

Cláusula 12ª. FRANQUIA

12.1. Em caso de sinistro, a franquia será definida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

Cláusula 13ª. CARÊNCIA

13.1. É o período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou cobertura contratada ou do aumento do capital segurado por solicitação do Estipulante e\ou segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

13.2. Convencionada a carência e ocorrendo o sinistro no prazo de carência, legal ou contratual, a seguradora é obrigada a entregar ao segurado ou ao beneficiário o valor do prêmio pago, correspondente ao da cobertura sinistrada.

13.3. O período de carência, caso seja aplicável, estará devidamente especificado nas Condições Contratuais e Condições particulares para cada cobertura contratada.

13.4. Caso o seguro contratado preveja um período de carência para determinadas coberturas, tal informação será detalhadamente apresentada tanto na Apólice quanto no Certificado Individual do segurado. O período de carência inicia-se a partir do começo da vigência individual de cada segurado.

13.4.1. O período de carência não poderá, em hipótese alguma, exceder 50% (cinquenta por cento) do tempo total de duração da vigência do seguro prestamista. Dessa forma, o segurado e os beneficiários estarão cientes, desde o início do contrato, das condições e limitações relacionadas ao recebimento de indenizações durante esse intervalo inicial.

13.4.2. Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da vigência inicial do seguro, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

13.5. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

13.5.1. Esta modalidade de seguro não contempla a constituição de reserva matemática. Por esse motivo, não há devolução de valores ou montantes, como ocorre nas modalidades ou regimes de capitalização.

Cláusula 14^a. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – ESTIPULANTE\SUB-ESTIPULANTE

14.1. A contratação e aceitação do seguro só ocorrem após a negociação, a cotação e a apresentação formal da proposta assinada, garantindo assim o legítimo interesse das partes envolvidas.

14.2. Apenas a apresentação de cotação não configura concessão de cobertura.

14.2.1. Apenas com a emissão da apólice as Partes estarão vinculadas as negociações, direitos e obrigações.

14.2.2. O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

14.3. A contratação do seguro prestamista poderá ser realizada mediante

o preenchimento e a assinatura da **Proposta de Contratação** ao Seguro e documentos contratuais disponibilizados pela seguradora, por meios físico ou remoto, pelo Estipulante, subestipulante, proponente ou seus Representantes. Sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente, de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A. para análise do risco proposto.

14.4. Sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à Seguradora para análise do risco proposto.

14.4.1. O corretor de seguro poderá representar o proponente na formação do contrato, na forma da lei.

14.4.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

14.5. O Estipulante e Subestipulante, ao assinarem a **proposta de contratação**, ratificam que a Seguradora disponibilizou todas as condições contratuais do plano de seguro que propõem no momento à Seguradora, para avaliação dos riscos.

14.6. Será permitido o uso de meios remotos para emissão, envio e disponibilização, conforme o caso, de documentos relativos à contratação do produto, tais como: documentos contratuais, documentos de cobrança, extratos, condições contratuais, regulamentos, materiais informativos e comunicados.

14.6.1. O Proponente, Estipulante e Sub-estipulante são obrigados a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

14.6.2. As partes e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

14.6.3. A análise do risco e cálculo do prêmio do seguro levaram em consideração os fatos, elementos e documentos apresentados pelo propenso Estipulante e\ou Subestipulante e\ou Proponente pessoa física que declararam, por meio próprio, do seu corretor de seguros ou representante legal, não ter omitido qualquer fato que pudesse ou possa

interferir na aceitação do risco e definição do prêmio, sob pena de ter o seguro cancelado ou na ocorrência de um sinistro, ou mesmo negado.

14.6.3.1. O Estipulante, subestipulante, o proponente individual, seu representante, terceiro, intermediário e\ou corretor de seguros declararam que celebrado o contrato de seguro, expressamente concordam que toda e qualquer modificação do objeto segurado ou vinculado ao objeto segurado e que possa interferir nas premissas orginalmente adotadas no momento da aceitação do seguro contratado, deverá ser imediatamente comunicada a seguradora que poderá continuar no risco ou não sendo possível, cancelar o seguro dentro do prazo estabelecido pela legislação aplicável.

14.6.4. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

14.6.5. O Estipulante, subestipulante, proponente, beneficiário e terceiro devem prestar todas as informações inerentes e necessárias para a análise e aceitação do risco. A omissão sobre os fatos conhecidos ou que o segurado devesse saber, mas não informados a seguradora acarretará o cancelamento do seguro prestamista ou individual, e havendo um sinistro, perda de direitos.

14.6.5.1. As partes estão cientes e concordam que após celebrado o contrato, devem manter a seguradora imediatamente informada sobre qualquer alteração ou modificação do risco originalmente subscrito. A seguradora poderá aceitar a continuidade da apólice ou não sendo possível, cancelar o seguro na forma prevista na legislação.

14.6.6. O descumprimento do dever de informar previsto na Cláusula 14.6 e seus subitens, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

14.7. A seguradora fornecerá, obrigatoriamente, ao proponente ou estipulante, protocolo que identifique a **proposta de contratação** por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento.

14.8. A seguradora terá o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

14.8.1. A solicitação de documentos complementares, esclarecimentos e/ou produção de exames periciais, durante o prazo previsto na Cláusula 14.8, **e o prazo terá novo início**, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.

14.9. Havendo a não aceitação do seguro prestamista proposto, a seguradora comunicará formalmente ao cliente, estipulante, ao Corretor de seguros, seu representante legal ou intermediário, por meio físico ou remoto, a decisão pela recusa da proposta de contratação, com a devida justificativa.

14.10. Caso a aceitação da proposta de contratação dependa de contratação ou alteração de resseguro facultativo, o prazo aludido na Cláusula 14.8 será suspenso até que o ressegurador se manifeste formalmente, comunicando à seguradora, por escrito, ao proponente segurador, tal eventualidade, ressaltando a consequente inexistência de cobertura enquanto perdurar a suspensão.

14.11. A seguradora manifestar-se-á expressamente sobre o resultado da análise. A aceitação será comunicada de forma expressa ao cliente, estipulante, ao seu representante legal ou intermediário, por meio de documento físico ou remoto.

14.11.1. A emissão e o envio da apólice e demais documentos contratuais dentro do prazo de que trata o item 14.8 substituirá a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora, a qual será entregue ou disponibilizada, via meio físico ou remoto, ao estipulante e/ou subestipulante.

14.12. Considera-se **encampação** a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

14.12.1. No caso de encampação de apólice de seguro pela Seguradora, será de responsabilidade do estipulante e/ou subestipulante, ou seu representante fornecer a(s) proposta(s) de adesão(ões) preenchidas pelos segurados na empresa seguradora congênere, quando a Seguradora solicitar a qualquer momento, com a devida justificativa.

14.13. Considera-se **migração** a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período **não coincidente com o término da respectiva vigência**.

14.14. No caso de recepção de grupo de segurados, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor.

14.14.1. Haverá emissão e envio dos certificados individuais aos segurados e não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

14.14.2. É admitida a dispensa do recolhimento de anuênciam de três quartos do grupo segurado para migração de apólice coletiva em seguros não contributários estipulados por empregadores em favor de seus empregados desde que não haja modificação que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos. Neste caso é admitida a dispensa da proposta de adesão à nova apólice coletiva, desde que tenha sido preenchida na vigência do contrato anterior.

14.15. Para todos os efeitos de direito existe a presunção de que seguradora somente tenha conhecimento das circunstâncias declaradas pelo proponente e/ou estipulante e/ou subestipulante na proposta de contratação e adesão, demais requisitos e declaração pessoal de saúde e atividades.

Cláusula 15^a. APÓLICE E VIGÊNCIA DO SEGURO

15.1. A Seguradora emitirá a apólice coletiva de seguro em até 30 (trinta) dias após a data de aceitação da proposta de contratação, respeitando o disposto na Cláusula 14^a e seus subitens destas condições.

15.2. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download dos documentos pelo Segurado, Estipulante, Corretor e Representantes.

15.3. O Corretor de seguros é responsável pela efetiva entrega ao destinatário dos documentos e outros dados que lhe forem confiados, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis. O corretor de seguro poderá representar o proponente na formação do contrato, na forma da lei.

15.4. A apólice e endossos terão seu início de vigência às 24:00 (vinte e quatro) horas do dia inicial e término de vigência às 24:00 (vinte e quatro) horas do último dia conforme previsto no frontispício da apólice, ou com data distinta desde que previamente acordada, por escrito, entre as partes.

15.5. Este seguro não prevê cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta, não sendo admitida cobertura provisória ao proponente.

15.6. Se for verificado o recebimento indevido de prêmio, a Seguradora deverá restituir o segurado ou ao Estipulante o valor do pagamento

efetuado, atualizado a partir da data do crédito até o dia útil imediatamente anterior à data da devolução, pela variação positiva do IPCA/IBGE, na base “Pró-rata die” ou, caso este seja extinto, pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo.

15.7. Fará prova do seguro a exibição da apólice e, na falta desta, a apresentação de documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio, mesmo quando parcial, observado o que dispõem destas condições contratuais.

15.8. Qualquer alteração na apólice, inclusive da prorrogação do término de vigência, deverá ser feita por meio de emissão de endosso, devidamente acordado entre as partes.

Cláusula 16ª. CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS

16.1. O seguro prestamista poderá ser contratado por pessoas físicas ou jurídicas. No caso de pessoas jurídicas, a empresa aderente deverá ser representada, para todos os atos contratuais, por intermédio dos sócios/diretores constantes no seu contrato social, por meio de preenchimento de proposta de adesão.

16.2. A adesão à apólice do seguro pelos proponentes será efetivada por meio de preenchimento de proposta de adesão, datada e assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo Estipulante, Representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

16.2.1. Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta de adesão deverá ser preenchida e assinada por cada um destes, indicando o percentual da participação de cada proponente.

16.3. A adesão do proponente individual ao seguro prestamista dar-se-á mediante o preenchimento e a assinatura por meios físico ou remoto, da **proposta de adesão** ao seguro e documentos contratuais disponibilizados pela seguradora, sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à seguradora para análise do risco individual proposto.

16.3.1. A aceitação da proposta de adesão do proponente individual ao seguro prestamista, está condicionada à comprovação formal do vínculo contratual existente entre este, e estipulante ou subestipulante.

16.3.2. O contrato de seguro e as condições contratuais do seguro prestamista firmado, devem ser disponibilizados pelo estipulante e /ou subestipulante ao proponente individual previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente individual, seu representante ou seu Intermediário assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais do presente seguro prestamista.

16.4. Para que o proponente individual seja elegível à contratação e adesão ao seguro, deverá atender, simultaneamente, as exigências para aceitação dos proponentes que atenderão a política de subscrição da seguradora, bem como, as condições contratuais firmadas com o estipulante e subestipulante.

16.4.1. Os aposentados, desde que não tenham sido aposentados por invalidez, poderão ser incluídos no seguro pagando, eles próprios, ou o estipulante, seus respectivos prêmios, desde que obedeçam aos critérios de aceitação estabelecidos aos ativos.

16.4.2. Somente poderão ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao grupo segurável que não estiverem afastadas do trabalho, com o devido pagamento do prêmio, na data fixada para início do respectivo risco individual, por motivo de doença ou acidente.

16.4.3. Os segurados que forem admitidos no início da vigência do seguro e que, posteriormente, precisarem se afastar de suas atividades laborais para tratamento de saúde decorrente de doença, deverão continuar efetuando normalmente o pagamento dos prêmios à seguradora durante o período de afastamento. Essa obrigatoriedade visa garantir a manutenção das coberturas contratadas, evitando a suspensão ou cancelamento do seguro em razão da interrupção temporária das atividades profissionais.

16.5. Será permitido o uso de meios remotos para emissão, envio e disponibilização, conforme o caso, de documentos relativos à adesão e contratação do seguro, tais como: documentos contratuais, documentos de cobrança, extratos, condições contratuais, materiais informativos e comunicados.

16.6. A adesão do proponente individual ao seguro prestamista, com vínculo com o estipulante, dar-se-á de acordo os documentos contratuais firmados entre estipulante, subestipulante e a seguradora, sendo que:

- a. a adesão dos proponentes poderá ser realizada por meio físico ou remoto, contendo no mínimo, os dados do proponente individual: nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do capital segurado e prêmio;
- b. as informações solicitadas no item "a" desta cláusula poderão ser acompanhadas das respectivas propostas de adesão, devidamente preenchidas e assinadas por cada proponente, de acordo com as Condições Particulares entre estipulante, subestipulante e a seguradora. Neste caso, cada proposta de adesão deverá conter os elementos essenciais para avaliação e aceitação do risco;
- c. os proponentes portadores de deficiência deverão ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito ou não de limitação da responsabilidade pela seguradora;
- d. a proposta de adesão será recepcionada pela seguradora, sob protocolo, com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo proponente, será realizada a análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos.

16.7. A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta de adesão e demais documentos essenciais e contratuais, para decidir pela aceitação ou recusa da adesão do seguro individual proposto, de solicitação de alterações, de reabilitação de cobertura de seguro suspenso.

16.8. A Seguradora poderá solicitar documentos ou informações complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração das condições do seguro vigente, durante o prazo previsto no item 16.7, **e o prazo terá novo início**, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial, se necessário.

16.8.1. A negativa do proponente em apresentar os documentos ou informações complementares implicará na recusa automática do risco pela seguradora.

16.9. A Seguradora manifestar-se-á expressamente sobre o resultado da análise da proposta de adesão e todos os demais documentos enviados à Seguradora. A aceitação será comunicada de forma expressa ao



proponente, ao estipulante e/ou subestipulante, ou seu representante, por meio de documento físico ou remoto.

16.10. A emissão e o envio do certificado individual dentro do prazo de que trata o item 16.7 substituirá a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade Seguradora, a qual será entregue ou disponibilizada, via meio físico ou remoto, ao segurado.

16.10.1. Havendo a não aceitação do seguro individual proposto, a Seguradora comunicará formalmente ao proponente individual, ao Estipulante ou Subestipulante, seu representante legal ou intermediário, por meio físico ou remoto, a decisão pela recusa da proposta de adesão, com a devida justificativa.

16.10.2. Em caso de recusa da proposta de adesão, a Seguradora providenciará a devolução de prêmio eventualmente pago antes da data da manifestação, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, integralmente ou deduzido da parcela pro rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

16.10.3. O valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido nestas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

16.11. Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar o risco objeto do contrato de seguro.

16.12. É vedada ao segurado afastado toda e qualquer alteração de capital durante todo o período de seu afastamento. Fica garantida, entretanto, a sua participação em qualquer alteração decorrente de correção monetária ou reajustes os que venham ser aplicados à totalidade do grupo segurado.

16.13. Para todos os efeitos de direito existe a presunção de que a seguradora somente tenha conhecimento das circunstâncias declaradas pelo proponente, estipulante e/ou subestipulante na proposta de contratação e de adesão, demais requisitos essenciais e declaração pessoal de saúde e atividades.

Cláusula 17ª. AGRAVAMENTO DO RISCO

17.1. O segurado, estipulante, subestipulante, beneficiário e terceiro devem comunicar à seguradora qualquer agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento.



17.2. Há a obrigação contínua segurado, estipulante, subestipulante, beneficiário e terceiro prestarem todas as informações que saibam sobre o risco, bem como consequências da omissão.

17.3. O Segurado, estipulante, subestipulante, beneficiário e terceiro são obrigados a comunicar qualquer fato ou alteração cadastral tão logo o saiba.

17.4. É uma circunstância do risco conhecida pelo Segurado, Estipulante, Subestipulante e/ou seu representante legal e/ou seu corretor de seguros e/ou seu preposto, que por omissão, negligência ou imperícia deixa de comunicar a Seguradora, seja no momento da contratação do seguro ou na vigência do contrato, aumentando a probabilidade e/ou severidade de ocorrência de Sinistro, que pode ou não derivar da vontade do Segurado, acarretando o cancelamento do seguro ou perda do direito a indenização na ocorrência de um sinistro.

17.5. Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, resolver o contrato, a pedido do Segurado e\ou estipulante, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução do seguro, de comum acordo entre as partes.

17.6. A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao resarcimento das despesas incorridas com a contratação.

17.7. Por “meio idôneo” refere-se a qualquer instrumento ou forma de comunicação capaz de comprovar, de maneira segura e efetiva, envolve qualquer canal que permita a comprovação de que o segurado foi devidamente notificado. Isso inclui notificações escritas, eletrônicas (como e-mail ou sistemas digitais da seguradora), e documentos protocolados. O importante é que exista registro claro e auditável do envio e recebimento, atendendo aos requisitos de transparência e segurança exigidos pela regulamentação.

17.8. Sob pena de perder a garantia, o segurado, estipulante e\ou subestipulante não devem agravar o risco objeto do contrato de seguro.

17.9. Se a seguradora, comunicada, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, será afastada a consequência estabelecida no artigo anterior.

17.10. Estado de insanidade mental, a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo segurado podem ser considerados como causas de agravamento de risco suscetível de levar à perda da cobertura, desde que a seguradora demonstre no caso concreto que tais situações tenham sido determinantes para a ocorrência do sinistro.

17.11. O segurado que dolosamente descumprir o dever previsto desta Cláusula 17^a e seus subitens perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

17.12. O segurado que culposamente descumprir o dever previsto desta Cláusula 17^a e seus subitens fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder à tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.

17.13. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

17.14. Sobreindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

Cláusula 18^a. INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

18.1. O início de vigência do risco individual será o estabelecido conforme a seguir:

- a. os certificados ou endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles indicadas;
- b. a proposta de adesão e demais documentos recepcionados pela Seguradora terá o seu início de vigência de cobertura na data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas condições contratuais da apólice.

18.2. No início de cada vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes (renovações), a Seguradora providenciará a emissão e o envio do certificado do seguro, com os nomes dos segurados

e dependentes, se for o caso, data de início e final de vigência do seguro, capital segurado e prêmio de cada cobertura, além do prêmio total.

18.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada.

Cláusula 19ª. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE

19.1. O estipulante e subestipulante de seguro prestamista é o único responsável perante a seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

19.2. O estipulante de seguro prestamista representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato e responde perante eles e a seguradora por seus atos e omissões.

19.3. O estipulante e subestipulante poderá substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas do contrato.

19.4. Cabe ao estipulante e subestipulante, além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

19.5. O estipulante e subestipulante tem como obrigações durante a vigência da apólice:

- i. fornecer para a seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas pela mesma, incluindo dados cadastrais;
- ii. manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como qualquer evento que possa no futuro acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- iii. fornecer ao segurado, sempre que solicitado, qualquer informação relativa ao contrato de seguro;
- iv. discriminar o valor do prêmio do seguro no boleto, quando a emissão for de responsabilidade do estipulante e o custeio for de responsabilidade do segurado, no caso de seguros contributários;
- v. repassar os prêmios para a seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

- vi. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- vii. discriminar o nome da seguradora como responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- viii. comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- ix. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- x. comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- xi. fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- xii. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio estipulante;
- xiii. pagar os prêmios vencidos nos seguros não contributários; e
- xiv. não incluir no grupo segurado pessoas que não possuem condição de ingresso na apólice, sob pena de arcar com a responsabilidade deste ato.

19.6. É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante:

- a) cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade Seguradora; e
- b) efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuênciada sociedade Seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

19.7. Sem prejuízo de outras obrigações previstas em regulamentação vigente, as sociedades Seguradoras estão obrigadas a:

- a) informar aos segurados a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitado;

- b) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade Seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

19.7.1. Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante e/ou subestipulante ou à sociedade Seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro

19.8. A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante e/ou Subestipulante sempre que lhe for solicitado.

Cláusula 20ª. CUSTEIO DO SEGURO

20.1. Para fins deste seguro e de acordo com a proposta de contratação, o custeio pode ser:

a. não contributário: é o seguro em que os segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o estipulante e subestipulante. Neste tipo de seguro todos os componentes do grupo segurável serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem, por escrito, contra sua inclusão no seguro;

b. contributário: é o seguro em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente. Neste tipo de seguro serão incluídos na apólice somente os componentes do grupo segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro por meio de preenchimento da proposta de adesão.

Cláusula 21ª. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO

21.1. A taxa que calcula o prêmio de seguro será estabelecida por **taxa média** calculada quando da contratação do seguro, levando em consideração as informações e documentos apresentados para cálculo e subscrição, sendo estabelecidas as regras nas condições contratuais do seguro.

21.2. O Recálculo da taxa média será definido e realizado de acordo com as condições particulares e indicadas nos documentos contratuais.

Cláusula 22ª. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

22.1. O prêmio mensal individual será o produto da taxa média estabelecida nas condições contratuais, pelo respectivo **capital segurado fixo** contratado para cada segurado.

22.2. O estipulante, subestipulante, representante, terceiro ou segurado é obrigado a fornecer as informações, documentos e questionário necessários à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio.

22.2.1. O descumprimento doloso do dever de informar previsto no *caput* deste artigo importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

22.2.2. O descumprimento culposo do dever de informar previsto no subitem anterior implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

22.2.3. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

22.2.4. O proponente, estipulante, subestipulante, terceiro ou corretor devem prestar todas as informações a serem prestadas na formação do contrato de seguro, correndo risco das consequências do descumprimento do dever conforme previsto nas condições contratuais e legislação vigente.

22.2.5. Este seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, é do tipo que exige informações contínuas e averbações de globalidade de riscos e interesses, a omissão do segurado ou estipulante, desde que comprovada, implicará a perda da garantia, sem prejuízo da dívida do prêmio.

22.2.5.1. A sanção de perda da garantia será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

22.3. A Berkley poderá, anualmente, no aniversário da apólice ou outra periodicidade, recalcular a taxa média e alterar o faturamento dos

prêmios, conforme critérios de recálculo definidos nas condições contratuais.

22.4. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do estipulante e dos segurados, a taxa reajustada será aplicada a partir da renovação da próxima vigência da apólice, salvo prazo menor estipulado no contrato de seguro, conforme condições contratuais, desde que comunicado mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

22.5. Caso a alteração de taxa média prevista nos itens anteriores implique em ônus ou dever aos segurados, deverá haver anuênciam prévia e expressa de pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) do grupo segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária previsto no contrato.

22.6. O recálculo na taxa média final deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do estipulante.

Cláusula 23^a. PAGAMENTO DO PRÊMIO

23.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente nas condições particulares e contratuais, conforme Cláusula 20^a destas condições.

23.1.1. Seja qual for a modalidade de custeio escolhida, o estipulante e o subestipulante sempre serão os únicos responsáveis pelo recolhimento, quando for o caso, e pela quitação dos prêmios devidos.

23.2. Após a emissão da apólice de seguro prestamista, o estipulante e ou subestipulante deverá encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de segurados) à seguradora por meio físico ou remoto, com os respectivos dados essenciais antes mencionados, inclusive as alterações de capitais para análise de aceitação.

23.3. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da proposta de adesão e demais documentos contratuais, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado das condições contratuais deste seguro.

23.4. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual **não haverá** devolução ou resgate do prêmio do seguro.

23.5. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, parcelado ou pagamentos mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais ou semestrais durante o período de vigência da Apólice.

23.6. O não pagamento do prêmio à vista, no caso de parcela única, ou o não pagamento da primeira parcela, na data prevista no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e a perda de direito de qualquer cobertura securitária prevista no contrato, independentemente do momento em que ocorra o sinistro.

23.6.1. A mora relativa à prestação única ou à primeira parcela do prêmio resolve de pleno direito o contrato.

23.6.2. Em caso de atraso no pagamento do prêmio das demais parcelas, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes ou não, o Estipulante/Segurado será notificado para que regularize o(s) pagamento(s) no prazo máximo de 90 (noventa) dias, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente, sob pena de cancelamento da Apólice/Certificado Individual.

23.6.3. No período de mora no pagamento do Prêmio, haverá suspensão das coberturas, isto é, os sinistros ocorridos no período de inadimplência não terão cobertura. É vedada a cobrança de prêmios pelo período de suspensão;

23.6.4. A reabilitação do seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento da próxima fatura/parcela, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas condições gerais.

23.6.5. Após 90 (noventa) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

23.6.6. Em se mantendo a inadimplência por período superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data do primeiro vencimento da primeira fatura em aberto, a apólice será cancelada.

23.6.7. Não será considerado para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem 23.6.2 a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.

23.7. O prêmio do seguro poderá ser parcelado, no caso de parcelamento



de prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequente à primeira, o prazo de vigência do seguro e respectiva cobertura será ajustada em função do prêmio efetivamente pago, utilizando o cálculo da base a Tabela de Prazo Curto, especificada a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	5%	73%	53%
20%	9%	75%	57%
27%	13%	78%	62%
30%	17%	80%	66%
37%	21%	83%	70%
40%	25%	85%	74%
46%	29%	88%	79%
50%	33%	90%	83%
56%	37%	93%	87%
60%	41%	95%	91%
66%	45%	98%	95%
70%	49%	100%	100%

Nota: Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

23.8. A Seguradora comunicará ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o segurado ou estipulante, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

23.9. O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente.

23.10. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

23.11. O segurado, o estipulante e o subestipulante obrigam-se a comunicar à Seguradora eventuais alterações cadastrais, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado.

23.12. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a Seguradora poderá delegar ao estipulante e subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando estes responsáveis por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante e subestipulante não poderá prejudicar o segurado.

23.13. É expressamente vedado ao estipulante e subestipulante 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 discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

23.14. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o estipulante ou sub estipulante não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do segurado. Nesses casos, se o segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.

23.15. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do 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. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e Seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.

23.16. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver

anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos ou setenta e cinco por cento) do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da Seguradora de rescindir o seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

Cláusula 24^a. BENEFICIÁRIOS

24.1. São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência de sinistro do segurado devidamente coberto.

24.2. O beneficiário é o PRÓPRIO CREDOR, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado original contratado.

24.2.1. O presente seguro não contempla a existência de valor residual entre a indenização paga ao credor e o valor do capital segurado, tampouco prevê o pagamento ao segundo beneficiário. Tal disposição decorre do fato de que o capital segurado está estritamente vinculado ao saldo devedor atualizado da obrigação, sendo que o prêmio é periodicamente recalculado para corresponder ao novo saldo devedor vigente. Dessa forma, eventuais diferenças não são devidas ao Segurado e não designação de outros beneficiários, limitando-se a indenização ao valor exato do débito remanescente na data do evento coberto ao CREDOR.

24.3. O capital segurado devido em razão de morte não é considerado herança para nenhum efeito.

24.4. O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado quando o suicídio voluntário do segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência do seguro prestamista.

24.5. Se houver aumento do capital segurado durante a vigência do seguro e ocorrer suicídio do segurado dentro do prazo mencionado no item 24.3, o beneficiário não terá direito ao recebimento do valor adicional acrescido ao capital segurado. Assim, a indenização estará restrita ao valor originalmente contratado, desconsiderando qualquer quantia extra incluída posteriormente, caso o evento do suicídio aconteça antes do término do período estipulado.

Cláusula 25ª. RECLAMAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

25.1. Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado, beneficiário, estipulante, subestipulante, representante legal ou corretor de seguros é obrigado a:

- a) tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos;
- b) prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.

25.2. Este seguro não prevê cobertura para pagamento de despesas de salvamento e contenção.

25.3. O beneficiário, estipulante, subestipulante, representante legal ou corretor de seguros se obriga a comunicar, à Seguradora, por escrito, a ocorrência de todo e qualquer sinistro, tão logo dele tome conhecimento de forma que assegure à Seguradora possibilidade de apuração da causa, natureza e extensão dos danos.

25.4. O descumprimento doloso dos deveres previstos nesta cláusula e respectivos subitens, implica a perda do direito à indenização ou ao capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

25.5. A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda pelo infrator do direito à garantia, liberando a Seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.

25.6. A Seguradora não se responsabiliza por efeitos manifestados durante a vigência deste contrato, caso sejam provenientes de sinistro ocorrido anteriormente a data de início de vigência deste seguro.

25.7. A publicidade por outros meios sobre a ocorrência de um sinistro que não aquele comunicado pelo Segurado, não gera presunção de conhecimento por parte da Seguradora por todas a nuances e particularidades que uma ocorrência ou pluralidade de segurados pode trazer.

25.8. A comunicação prevista no item 25.3 acima deverá ser encaminhada para os meios idôneos disponibilizados pela Seguradora (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**).

25.9. Ocorrendo um evento coberto, para a reclamação do sinistro, o Segurado, Representante legal, Corretor, estipulante, subestipulante ou o beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante ou Subestipulante, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou beneficiário. Os documentos básicos e elementos necessários para regulação e liquidação de Sinistro são descritos abaixo:

25.10. Para todos os eventos:

- a. Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário;
- b. Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário em caso de morte do segurado;
- c. Comprovante de endereço da residência atualizado do Segurado e do Beneficiário em caso de morte do segurado.

A. DO SEGURADO SINISTRADO

- a) RG (cópia autenticada);
- b) CPF (cópia autenticada);
- c) Contrato do compromisso ou obrigação;
- d) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro.

B. DO(S) 2º BENEFICIÁRIO(S)

- a. **Pais:** RG e CPF (cópias autenticadas);
- b. **Conjuge:** Certidão de Casamento, RG e CPF (cópias autenticadas);
- c. **Companheira:** RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS (cópias autenticadas);
- d. **Filhos:** Certidão de Nascimento e cópia de carteira de identidade sendo que:
 - i. **Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos** serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o

menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

- ii. **Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito)** anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

25.11. Além dos documentos básicos listados acima, é obrigatório encaminhar a documentação específica prevista na Cláusula das Condições Especiais, mais precisamente no item referente à Liquidação de Sinistro da cobertura contratada, e que esteja relacionada ao evento ocorrido. Essa documentação adicional é indispensável para que o processo de regulação e liquidação do sinistro seja realizado de acordo com as exigências estabelecidas para cada tipo de cobertura.

25.11.1. Quando os documentos solicitados forem cópias, estes devem ser autenticados.

25.11.2. Para todos os casos, o Estipulante e o Subestipulante têm a obrigação de apresentar, juntamente com os demais documentos relacionados ao sinistro, a comprovação de vínculo ativo do segurado sinistrado na data do evento (Contrato do compromisso ou obrigação; comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro).

25.11.2.1. Essa comprovação é essencial para a regulação e processamento do sinistro, devendo ser enviada sempre que houver um evento coberto. A apresentação desse documento visa confirmar que, no momento do sinistro, o segurado estava devidamente vinculado ao Estipulante ou Subestipulante, conforme as condições contratuais estabelecidas na apólice:

25.12. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

25.12.1. Cabe exclusivamente à seguradora a regulação e a liquidação do sinistro, podendo contratar regulador, perito e liquidante especializados em sinistro para desenvolverem a prestação dos serviços em seu lugar, sempre reservando para si a decisão sobre a cobertura do fato comunicado pelo interessado e o valor devido ao segurado.

25.12.2. A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da seguradora.

25.12.3. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ou sendo risco complexo, 120 (cento e vinte) dias para manifestar-se sobre a caracterização da cobertura, após a entrega de todos os documentos básicos e elementos essenciais relacionados a cada cobertura, inclusive os complementares e acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura, e que possibilitem a regulação e liquidação do sinistro.

25.12.3.1. As partes poderão fixar prazo superior ao disposto na cláusula anterior, em acordo celebrado pelas partes, e/ou por autoridade fiscalizadora, verificada a existência de cobertura implique maior complexidade na apuração.

25.12.4. Com base em dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá solicitar documentação e/ou informações complementares.

25.12.4.1. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, de acordo com as condições previstas contratualmente.

25.12.5. Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido na cláusula 25.12.3, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

25.12.6. Incumbe, também, ao beneficiário do seguro, no que couber, o cumprimento das disposições desta cláusula, sujeitando-se às mesmas sanções.

25.12.7. É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro ou quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.

25.12.7.1. O descumprimento culposo pelo Segurado, beneficiário e/ou representante desse dever, implica na obrigação para o mesmo de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro, exonerando a Seguradora do dever de indenizar ou pagar o

capital segurado. Neste caso, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

25.12.8. A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda pelo infrator do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.

25.12.9. O capital segurado devido, será pago conforme Cláusula 24^a ou aos seus herdeiros quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário.

25.12.10. A seguradora não responde pelos efeitos manifestados durante a vigência do contrato quando decorrentes de sinistro anterior ao início de vigência da apólice.

25.12.11. A seguradora responde pelos efeitos do sinistro caracterizado na vigência do contrato, ainda que se manifestem ou perdurem após o seu término.

25.12.12. A Seguradora se reserva o direito de realizar perícia médica e demais avaliações e pesquisas periciais quanto ao evento e suas consequências.

25.12.13. O pagamento de qualquer indenização, com base nesta apólice, somente poderá ser efetuado após terem sido relatadas, pelo segurado ou beneficiário, as circunstâncias da ocorrência do sinistro, apuradas as suas causas, provados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao segurado, ou quem o representar, prestar toda a assistência para que isto seja concretizado.

25.12.14. A Seguradora poderá disponibilizar ao segurado ou beneficiário, se houver solicitação neste sentido, cópia do relatório definitivo da regulação, depois de concluídas e esgotadas todas as análises referentes ao evento ocorrido e reclamado.

25.12.15. Caso a seguradora conclua pela não caracterização do sinistro, comunicará formalmente, através de meios idôneos ao segurado, sua negativa de indenização, apresentando, conjuntamente, as razões que embasaram sua conclusão, de forma detalhada.

Cláusula 26^a. INDENIZAÇÃO

26.1. Reconhecida a cobertura, o pagamento da indenização ocorrerá dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, ou se tratando de risco complexo, 120 (cento e vinte) dias contados da data reconhecimento da cobertura decorrente do processo de regulação do sinistro, Cláusula 25^a RECLAMAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO.

26.2. O valor devido apurado será apresentado de forma fundamentada ao interessado, não podendo a seguradora inovar posteriormente, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

26.3. Não respeitado o prazo previsto no item 26.1 desta cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de multa, juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos itens 26.426.1 desta cláusula, aplicados a partir da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º dia posterior ao término do prazo previsto no subitem **Erro! Fonte de referência não encontrada..**

26.4. Incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme dispostos nesta cláusula.

26.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido na Cláusula 10^a32.1 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

26.6. O pagamento será feito por meios disponíveis pela rede bancária, desde crédito em conta, ordem de pagamento, transferência bancária, pix e outras devidamente reconhecidas pelo Banco Central, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) beneficiário(s) ou segurado no aviso de sinistro.

26.6.1. O pagamento será feito no Brasil e em moeda nacional.

26.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado e/ou beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

26.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado,

a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

26.9. A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

26.11. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins deste Seguro.

26.12. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora. O resarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

26.13. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

Cláusula 27ª. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

27.1.1. As apólices com vigência de 1 (um) ano ou superior, poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

27.1.2. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa. A renovação que implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuênciam prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

27.1.3. A renovação automática a que se refere o subitem 27.1.1 anterior não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.

27.1.4. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, (30) trinta dias que antecedam o final da vigência da apólice.

27.1.5. Para a proposta de renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 16^a destas Condições Gerais.

27.1.6. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Cláusula 28^a. CANCELAMENTO DO SEGURO

28.1. Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Gerais e/ou nos termos da Cláusula 29^a – “Perda de Direito” destas Condições Gerais.

28.2. O contrato de seguro do Subestipulante será encerrado na mesma data de término da vigência do contrato principal celebrado pelo Estipulante.

28.3. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuênciam prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

28.4. No cancelamento da apólice somente se dará por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 60 (sessenta) dias no caso de Seguros contratados com vigência mínima de 1 (um) ano ou 2 (dois) dias para os casos de contratação inferior a 1 (um) ano.

28.5. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, observadas as condições contratuais pelos motivos de inadimplência de prêmios, nulidade do seguro, sinistros, conforme as condições de cada cobertura contratada e situações previstas em lei.

28.6. O potencial segurado ou estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

28.6.1. O descumprimento doloso do dever de informar previsto no caput deste artigo importará em perda da garantia, sem prejuízo da

dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

28.6.2. O descumprimento culposo do dever de informar previsto no *caput* desta Cláusula implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

28.6.3. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

28.7. Quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas ou averbações de globalidade de riscos e interesses, a omissão do segurado, desde que comprovada, implicará a perda da garantia, sem prejuízo da dívida do prêmio.

28.8. A sanção de perda da garantia será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

28.9. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

28.10. A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, estipulante, representante legal ou corretor de seguros, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.

Cláusula 29ª. PERDA DE DIREITO

29.1. No seguro de pessoas de terceiro, o proponente, Estipulante, representante legal ou corretor de seguros é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do segurado.

29.2. O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.

29.3. São nulas as garantias, sem prejuízo de outras vedadas em lei:

I - De interesses patrimoniais relativos aos valores das multas e outras penalidades aplicadas em virtude de atos cometidos pessoalmente pelo segurado que caracterizem ilícito criminal; e

II - Contra risco de ato doloso do segurado, do beneficiário ou de representante de um ou de outro, salvo o dolo do representante do segurado ou do beneficiário em prejuízo desses.

29.4. Desaparecido o risco, resolve-se o contrato com a redução do prêmio pelo valor equivalente ao risco a decorrer, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora às despesas incorridas com a contratação.

29.5. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

29.6. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

29.7. Quando o contrato de seguro for nulo ou ineficaz, o segurado, Estipulante, Representante, beneficiário terá direito à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se provado que o vício decorreu de sua má-fé.

29.8. O Segurado perderá o direito à indenização se por efeito da política de imposição de embargos e sanções por organismos internacionais houver ato doloso do segurado ou de seu representante legal e conexo causal com o evento gerador do sinistro.

Cláusula 30ª. CESSAÇÃO DA COBERTURA

30.1. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

30.2. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

30.3. As coberturas individuais cessarão automaticamente:

- a. No final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago

- para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b. Em caso de cancelamento da Apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
 - c. Por falta de pagamento do prêmio, conforme a Cláusula "PAGAMENTO DE PRÊMIO" destas Condições Gerais;
 - d. Com a extinção da obrigação ou compromisso a que o seguro está atrelado observado o disposto na Cláusula 15^a Vigência do Seguro;
 - e. Com a morte do segurado;
 - f. Com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
 - g. Com a cessação do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;
 - h. Com a extinção antecipada da obrigação, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;
 - i. Por perda de direito do segurado, situação em que o cancelamento será total, abrangendo todas as coberturas contratadas;
 - j. Quando o Segurado, mediante solicitação por escrito à Seguradora, requerer o cancelamento do Seguro; ou,
 - k. Com o esgotamento do Capital Segurado contratado, ou seja, quando a Seguradora indenizar o valor total de capital segurado descrito na apólice/certificado individual, salvo disposição contrária.

Cláusula 31^a. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

31.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuênciam expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

31.2. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuênciam do estipulante.

31.3. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

Cláusula 32ª. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA

32.1. Atualização Monetária

Os valores devidos a título obrigações pecuniárias estão sujeitas a atualização monetária pela variação positiva do IPCA-IBGE (índice de preços ao consumidor amplo – do instituto brasileiro de estatística) a partir da data da data em que se tornarem exigíveis.

32.1.1. A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, e aquele publicado imediatamente anterior a data efetiva do pagamento.

32.1.2. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o IGPM-FGV (índice de geral de preços de mercado – da fundação Getúlio Vargas) como índice substituto para atualização das obrigações pecuniárias.

32.2. Mora

32.2.1. No caso de não cumprimento dos prazos previstos, além da atualização monetária, a mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, contados partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para a liquidação da obrigação pecuniária.

Cláusula 33ª. SUB-ROGAÇÃO

33.1. Nos Seguros de Pessoas o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

Cláusula 34ª. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

34.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido no Contrato.

34.2. Na hipótese de distribuição, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas a seguir especificadas:

I – RECEITAS

a) os Prêmios, de competência, correspondentes ao período de apuração, efetivamente pagos, deduzidos os Prêmios devolvidos;

Versão: 12/2025

b) os estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

II - DESPESAS

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período, correspondentes ao período de competência analisado;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período (se houver);
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período (se houver);
- d) valor total dos Sinistros ocorridos, pagos ou avisados, no período de competência analisado;
- e) o valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados nas apurações dos períodos anteriores ao de competência;
- f) os saldos negativos dos períodos anteriores e ainda não compensados;
- g) as despesas efetivas de administração do plano a cargo da Seguradora;
- h) as despesas a título de IBNR, ou seja, os Sinistros ocorridos e ainda não avisados, relativas ao período de competência avaliado.

34.3. Quando da apuração, as receitas e as despesas serão atualizadas conforme disposto na Cláusula 32^a ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA, conforme a seguir:

- a. Prêmios e comissões - a partir do respectivo dia do pagamento;
- b. Sinistros - a partir do dia do aviso à Seguradora;
- c. Saldos negativos anteriores - a partir do respectivo mês de apuração;
- d. Despesas de administração da Seguradora - a partir das datas em que incorreram.

34.4. No caso de resultado positivo, a Seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

34.5. Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a distribuição de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

34.6. A distribuição de Excedente Técnico será efetuada após o término de Vigência Anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período

e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

34.7. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do seguro.

34.8. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.

34.9. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento ou não renovação da Apólice, com a BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A.

Cláusula 35ª. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

35.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da BERKLEY INTERNATIONAL BRASIL SEGUROS S.A., respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas e leis vigentes do seguro.

Cláusula 36ª. PRESCRIÇÃO

36.1. Qualquer direito do segurado com fundamento na presente Condição Geral, no contrato, na apólice e no certificado individual de seguro prescreve nos prazos estabelecidos na legislação de seguros vigente na data de contratação deste seguro.

Cláusula 37ª. FORO

37.1. Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro competente para as ações de seguro é o do domicílio do segurado ou do beneficiário, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da seguradora ou de agente dela.

III - CONDIÇÕES GERAIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (M)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura, **de garantir a amortização, ou quitação total ou parcial de uma obrigação assumida pelo Segurado junto ao credor, limitado ao prazo e valor do capital segurado contratado, que corresponderá ao saldo devedor, caso o segurado venha a falecer em consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal coberto**, durante a vigência do seguro, desde que o evento seja devidamente caracterizado e coberto, conforme as condições contratuais e legais.

1.2. **Com o pagamento da indenização o seguro individual será automaticamente cancelado.**

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O **Capital Variável** estará especificado, na proposta de contratação, na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estarão descritos de forma expressa na Apólice e Certificado Individual de Seguro.

2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada **“data do evento coberto” a data do falecimento do segurado**, e em caso de morte acidental **a data do acidente**, constatada através da análise da documentação apresentada.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no item 3. As condições particulares do seguro prevalecem sobre as condições especiais, e estas, sobre as condições gerais.**

3.2. **DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO) e da Cláusula 5^a RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.**

CLÁUSULA 4^a - FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. **FRANQUIA:** Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

4.2. CARÊNCIA: O período de Carência **poderá ser** estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice, limitado à 2 (dois) anos e será contado a partir do início de vigência individual.

4.2.1. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

4.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

4.3.1. **O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.**

CLÁUSULA 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. **Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, subestipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, e outros meios de comunicação disponíveis dirigido à Seguradora.**

5.2. **Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.**

5.2.1. **A comunicação, na forma deste item, não exonera o Estipulante, subestipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, com informações completas sobre o ocorrido.**

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 25^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes ao evento:

I. Morte Decorrente de Doença:

- a. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b. Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), em caso de morte accidental;
- c. Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML),

- em caso de morte accidental;
- d. Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte accidental; e,
 - e. Cópia simples da carteira de habilitação caso o Segurado tenha sido o condutor do veículo.

II. Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- a. Declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de 2º (segundo) beneficiário(s); e,
- b. Declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

5.4. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

5.4.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

5.4.2. A indenização poderá ser paga em parcela única ou em forma de rendas de acordo com o disposto nas condições especiais de cada cobertura contratada, e demais condições contratuais firmadas entre as partes.

CLÁUSULA 6ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será **de garantir a amortização, ou quitação total ou parcial de uma obrigação assumida pelo Segurado junto ao credor, limitado ao prazo e valor do capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.**

1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora.

1.3. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

1.4. A Seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.2. O Capital estará especificado, na proposta de contratação, na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estarão descritos de forma expressa na Apólice e no Certificado Individual de Seguro.

2.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” **a data do Acidente sofrido pelo segurado.**

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal item 3. As condições particulares do seguro prevalecem sobre as condições especiais, e estas, sobre as condições gerais.

DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO) e da Cláusula 5ª RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura de Invalidez

Permanente Total por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a. As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c. As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; ou,
- 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, conforme definição das condições gerais do seguro;
- e. Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- f. Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- g. Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto; ou;
- h. O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 4^a - FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período**

Versão: 12/2025

corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

5.1. No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e **constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva**, a sociedade Seguradora a Seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
- b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d. Perda total do uso de ambas as mãos;
- e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h. Alienação mental total incurável.

5.2. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual contratado e vigente na data do evento.

5.3. 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.

5.4. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, subestipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, por meios de comunicação disponibilizados a Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

6.1.1. A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

6.2. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa, reiterando que este seguro não cobre despesas de salvamento e contenção.

6.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 25^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes ao evento:

- a. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- b. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- d. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver; e,
- e. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados.

6.4. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

6.4.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

6.5. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

CLÁUSULA 7^a - JUNTA MÉDICA

Versão: 12/2025

7.1. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

7.2. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 8^a - CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

8.1. O seguro individual será automaticamente cancelado após a efetivação do pagamento da indenização correspondente à cobertura de invalidez total do segurado. Caso haja valores pagos posteriormente a essa data, estes serão devolvidos ao segurado, com as devidas correções, conforme previsto na regulamentação específica aplicável.

CLÁUSULA 9^a - DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora **garante a amortização, ou quitação total ou parcial de uma obrigação assumida pelo Segurado junto ao credor, limitado ao prazo e valor do capital segurado contratado, com a antecipação total do capital segurado da Cobertura Básica de Morte**, caso o Segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, **totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente**, observadas as demais condições contratuais.

CLÁUSULA 2^a - DEFINIÇÕES

2.1. De acordo com Item 3.1 - Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), definidos nas **As condições particulares do seguro prevalecem sobre as condições especiais, e estas, sobre as condições gerais.**

2.2. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO) e **DAS TERMINOLOGIAS CONSTANTES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS** das condições gerais.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS

3.1. **A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.** Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO” destas Condições Especiais.

3.2. 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 de incapacidades, provenientes **exclusivamente de doenças:**

- a. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo

e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

- c. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença.
- e. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g. Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - I. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - IV. 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:
 - I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1. O IAIF é composto por dois documentos:

- a. O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
 - i. 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.
 - ii. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - iii. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
 - i. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, Cláusula 5ª, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a. perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão**

- física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo sequelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;**
- c. doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

CLÁUSULA 5^a - CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item Cláusula 9^a “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante, subestipulante e a Seguradora.

5.2. **Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica, elaborada e assinada pelo médico assistente do Segurado.**

5.3. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

CLÁUSULA 6^a - CARÊNCIA

6.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições da Cláusula 13^a “Carência” das Condições Gerais.

6.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante, subestipulante e a Seguradora na apólice do seguro.

CLÁUSULA 7^a - CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

7.1. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, imediata 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, conforme disposto na Cláusula 32^a das condições gerais.

7.2. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores prevista na **Cláusula 32^a das condições gerais**.

7.3. Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

CLÁUSULA 8^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), os documentos básicos necessários são:

- a. Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b. Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- c. Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz etc.), nominal ao Segurado;
- d. Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- e. Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como 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 3. Riscos Cobertos, destas Condições Especiais;
- f. Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;

- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h. Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

8.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado na Cláusula 9^a. “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.4. 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.

8.5. Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

CLÁUSULA 9^a - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

9.2. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

CLÁUSULA 10^a - JUNTA MÉDICA

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de

lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2. 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.

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

CLÁUSULA 11^a - DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



**ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

**1º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES
MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o cotidiano	<p>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.</p> <p>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 intelectual e ou de cognição.</p> <p>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.</p>	00
		10
		20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do Segurado	<p>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</p> <p>2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) 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.</p>	0
		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

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAF

2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	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.	0
Conectividade do Segurado com a vida	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 aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

**ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF
3º DOCUMENTO - 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 dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA GRAVES

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura Seguradora **garante a amortização, ou quitação total ou parcial de uma obrigação assumida pelo Segurado junto ao credor, limitado ao prazo e valor do capital segurado contratado, caso o segurado venha a ser diagnosticado de Doença Grave coberta**, observado os riscos excluídos e demais termos das condições contratuais do seguro,

1.1 Para fins desta cobertura, o Diagnóstico de Doença Grave será caracterizada pela constatação do 1º (primeiro) diagnóstico de uma das doenças previstas nestas condições especiais dentro do período de vigência do seguro e comprovado através de procedimentos e documentações especificados nestas Condições Especiais.

1.2. Considera-se como risco coberto o diagnóstico devidamente comprovado conforme disposto nestas Condições Especiais exclusivamente das seguintes doenças:

- Câncer;
- Derrame (acidente vascular cerebral);
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Insuficiência Renal Crônica;
- Transplante de Órgãos Vitais.

1.2.1. **Câncer:** É a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

1.2.2. **Derrame:** (Acidente Vascular Cerebral): Isquemia cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz sequela neurológica definitiva, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.2.3. **Infarto Agudo do Miocárdio:** Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.

1.2.4. **Insuficiência Renal Crônica:** Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.2.5. **Transplantes de Órgãos Vitais:** É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

1.3. Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico de Doenças Graves, uma vez caracterizado o evento como coberto e indenizado, o seguro individual será cancelado.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item Cláusula 9ª “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de doenças graves.

2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do 1º (primeiro) Diagnóstico de Doença Grave devidamente comprovado por exames e profissional legalmente habilitado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no item 3 - Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula 5ª- riscos excluídos das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura, também, estarão excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves:**

- a. Para CÂNCER (NEOPLASIA): qualquer câncer não invasivo (*in situ*), doença de Hodgkin na fase I, todos os câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação RAI menor que III); câncer de pele, exceto a melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5 mm segundo a classificação de Breslow;**
- b. Para INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;**
- c. Para DERRAME (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da apólice;**
- d. Para INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;**
- e. Para TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, exceto os cobertos citados no item 1.2.5 destas Condições Especiais; ou,**
- f. Toda e qualquer cirurgia não especificada no item riscos cobertos desta cobertura.**

CLÁUSULA 4^a - FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA: O período de franquia poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias, durante o qual o Segurado não fará jus a cobertura desta Cobertura, na hipótese de ocorrência de seu falecimento em decorrência do mesmo diagnóstico da doença grave verificada, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

4.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

4.2.1. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

4.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

CLÁUSULA 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à Seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo Segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o Segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

5.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, com informações completas sobre o ocorrido.

5.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 25^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes ao evento:

5.2.1. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

A. Para Câncer (neoplasia):

- Resultado do exame anatomopatológico;
- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado

- em oncologia;
- laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso)

B. Para Infarto Agudo do Miocárdio:

- Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos); e,
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

C. Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral):

- Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos); e,
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia.

D. Para Insuficiência Renal Crônica:

- Resultado dos exames da função renal;
- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos); e
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia ou neurocirurgia.

E. Para Transplante de Órgãos Vitais:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos)
- Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.

5.1.2. Todos os documentos e laudos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, referentes aos itens anteriores.

5.1.3. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

5.1.4. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

5.2. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

5.3. JUNTA MÉDICA

5.3.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do diagnóstico de Doença Grave, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

5.4. As despesas efetuadas com a legitimação do Diagnóstico de Doença Grave são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

5.5. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Diagnóstico de Doença Grave igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura 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 conforme disposto na Cláusula 32^a Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias, Juros e Mora.

5.5.1. Não estando comprovado o Diagnóstico de Doença Grave, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Bilhete de seguro / certificado / Apólice, sem qualquer devolução de prêmios.

CLÁUSULA 6^a - DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora **garante o pagamento de parcelas da dívida do segurado ao estipulante ou ao titular do crédito, em número e valor pactuados no contrato do seguro**, no caso de o segurado **perder o emprego, sem justa causa**, por iniciativa do seu empregador, durante a vigência da cobertura e observadas as demais disposições das condições contratuais do seguro.

1.2. ÂMBITO GEOGRÁFICO: **Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.**

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Desemprego Involuntário do Segurado desde que a demissão não tenha sido por justa causa, ficando o Segurado sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

2.2. Reconhecida a condição da perda de emprego do segurado, a indenização será paga conforme disposto nas condições particulares firmadas entre as partes, respeitando-se o número e valor das parcelas pactuadas no contrato de seguro, os períodos de franquia e de carência previstos nas condições contratuais, enquanto perdurar a condição de desemprego do segurado ou com o esgotamento do capital segurado, o que ocorrer primeiro.

3. ELEGIBILIDADE

3.1. São elegíveis para a cobertura de Desemprego Involuntário todas as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício com o Estipulante, com idade mínima de 16 (dezesseis) anos e idade máxima conforme descrito nas condições contratuais, na data de início de vigência do risco individual, com carteira de trabalho assinada e em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho; e,

3.2. O segurado deverá comprovar **a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta**, com uma jornada de

trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais;

3.3. Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.

3.4. Esta cobertura não pode ser contratada por profissionais liberais ou autônomos

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se, também, como riscos excluídos para Desemprego Involuntário:

- a. Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- b. Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;**
- c. Demissão do segurado em data anterior ao início de vigência desta cobertura;**
- d. Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;**
- e. Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;**
- f. Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- g. Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em Diário Oficial;**
- h. Falência;**
- i. Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
- j. Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**
- k. Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo(s)beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro; e,**
- l. Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados.**

5. CAPITAL SEGURADO

Versão: 12/2025

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item Cláusula 9ª “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de desemprego involuntário. Parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do Segurado **não serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao beneficiário em caso de sinistro coberto.**

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data da demissão do Segurado devidamente comprovado por documentos oficiais e legais.

5.3. Caracterizado o sinistro, e mediante a comprovação e a manutenção do estado de desemprego, o capital segurado será pago em parcelas mensais conforme descrito no certificado e limitado ao máximo de 12 (doze) parcelas por evento, salvo condições particulares firmadas no contrato.

6. FRANQUIA E CARÊNCIA

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

6.2. Se for o caso, a franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

6.3. CARÊNCIA: Será de até 180 (cento e oitenta) dias a carência desta cobertura, respeitando-se os limites estabelecidos no item “Carência e Franquia” das Condições Gerais.

6.4. A carência deverá ser fixada no contrato de seguro, apólice e no certificado individual

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Para a cobertura de Desemprego Involuntário, a reintegração do capital segurado será automática.

8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a Cobertura de Desemprego Involuntário, além dos documentos relacionados na Cláusula 25^a das Condições Gerais são necessários os seguintes documentos a seguir:

- a)** Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página com a foto do segurado, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e página posterior em branco.
 - a1)** A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado será determinada em contrato e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização;
 - a2)** Nos seguros que possuem franquia, para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a data do desligamento somada à quantidade de dias da franquia, conforme estabelecido no contrato do seguro; e,
- b)** Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias;
- c)** Cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho;
- d)** Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
 - I – No caso de pessoas físicas:**
 - i. nome completo;
 - ii. número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
 - iii. endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);



- iv. número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- v. profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- vi. patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
- vii. o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – No caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (CADEMP) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no CADEMP (cópia simples do Cartão de CNPJ);
- d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
- e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

- f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

8.2. Demais documentos e elementos dos beneficiários do seguro nesta cobertura, em complemento são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Última alteração do Contrato Social, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

8.3. É facultado a seguradora para a continuidade do processo de indenização solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente comprovando a manutenção do estado de desemprego.

8.4. Em caso de sinistro coberto, **o beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da parcela da dívida existente na data do sinistro**. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

8.4.1. Caso o valor da dívida ou compromisso, no momento do sinistro, seja inferior ao valor da indenização paga pela seguradora, esta diferença deverá ser paga ao próprio segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora **garante a amortização, ou quitação total ou parcial de uma obrigação assumida pelo Segurado junto ao credor, limitado ao prazo e valor do capital segurado contratado, caso o segurado seja diagnosticado com incapacidade física total e temporariamente decorrente de doença ou acidente coberto**, durante a vigência do seguro, desde que o evento seja devidamente caracterizado e coberto, conforme as condições contratuais e legais.

1.2. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Incapacidade Física do Segurado decorrente de acidente ou doença que impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

2.1.1. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

3. ELEGIBILIDADE

3.1. São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária **todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos** com documento contábil/fiscal que possam comprovar a atividade exercida, além dos documentos relacionados na Cláusula 25^a e seus subitens das Condições Gerais, e que possuam vínculo com o Estipulante; e.

3.2. que na data da contratação do seguro tenham idade mínima de 16 (dezesseis) anos e máxima descritas nas condições contratuais, que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro;

3.3. O valor contratado deverá ser compatível com a renda mensal do segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a renda contratada for superior a renda mensal informada pelo estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante ou segurado, no que tange a informação constante nos documentos contratuais, tais como no questionário, declarações e proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização.

3.4. Após um evento de Incapacidade Física Total Temporária, onde o Segurado tenha sido indenizado, somente após 6 (seis) meses, a contar da data do término da incapacidade constatada, é que o Segurado estará elegível à indenização, de um novo evento de Incapacidade Física Temporária.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos para Incapacidade Física Total e Temporária:

- a. incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;**
- b. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando oco**
- c. qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 30 (trinta) dias; ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;**
- d. Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);**
- e. Hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- f. Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se**

decorrente de acidente pessoal coberto;

- g. Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;**
- h. O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;**
- i. Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- j. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- k. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- l. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- m. Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;**
- n. Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente;**
- o. Estão excluídos ainda, da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, os profissionais da economia informal, que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular; ou,**
- p. Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.).**

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação, que lhe atribua renda.

4.3. Também, fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

4.3.1. Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE TOTAL, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item Cláusula 9ª “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de incapacidade física total e temporária (IFTT),

5.1.1. parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do Segurado **não serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.**

5.2. Caracterizado o sinistro, e mediante a comprovação e a manutenção do estado de Incapacidade Física Total, o pagamento das parcelas será feito enquanto persistir o estado de incapacidade temporária do segurado, e limitar-se-á ao número estabelecido nas condições contratuais, independentemente do número de eventos que acarretarem a cobertura, e limitado ao máximo de 12 (doze) parcelas por evento.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, **quando da liquidação do sinistro, a data da constatação e do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade física temporária, devidamente atestada pelo médico assistente.**

5.4. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

6. CARÊNCIA

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, nas Condições Contratuais firmado entre o Estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do Capital Segurado será automática quando da

ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Para a Cobertura de Incapacidade Física total e Temporária, além dos documentos relacionados na Cláusula 25^a das Condições Gerais a são necessários os seguintes documentos:

- a)** Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;
- b)** Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- c)** Todos os Laudos e Exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
- d)** Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - c.1) Última declaração do Imposto de Renda, ou;
 - c.2) Recibo de Pagamento Autônomo, ou;
 - c.3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
 - c.4) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou,
 - c.5) Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro; e,
- e)** Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável.

8.2. É facultado a seguradora para a continuidade do processo de indenização solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente comprovando a manutenção do estado de Incapacidade Física Total.

8.3. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico

incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.4. Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga temporariamente conforme disposto nas condições contratuais firmadas, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato. Ou seja, o pagamento de cada renda estará condicionado ao período em meses que o Segurado permanecer na condição de incapacidade temporária, cessando com o esgotamento do Capital Segurado contratado ou quando o Segurado voltar a exercer qualquer forma de trabalho remunerado, o que ocorrer primeiro.

8.5. Em caso de sinistro coberto de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, de acordo com a parcela mensal da dívida ou compromisso assumido, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

8.6. Caso o valor da dívida ou compromisso assumido, no momento do sinistro, seja inferior ao valor da indenização paga pela seguradora, esta diferença deverá ser paga ao próprio segurado

8.7. O pagamento da primeira renda será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à Seguradora da documentação completa acima relacionada e, os demais pagamentos, se prevalecer a condição de incapacidade temporária, a cada 30 (trinta) dias, ou outra periodicidade acordada e contratada, do último pagamento, observado o número de rendas contratadas, conforme condições particulares do seguro.

8.8. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

8.9. Em caso de morte e caracterização de incapacidade permanente do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários.

8.10. A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro

caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

8.11. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao número de rendas previsto no contrato.

8.12. Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite previsto no contrato, correspondente à vigência anterior.

8.13. Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária enquanto o segurado estiver recebendo valores decorrentes de um determinado evento. A vedação refere- se inclusive caso outros sinistros ocorram durante o período em que o segurado estiver recebendo valores previstos por esta cobertura. Para que a seguradora reconheça um novo fato gerador, o segurado deverá ter obtido alta médica relativa ao sinistro anterior. Em situações de sinistros simultâneos, a indenização considerará aquele que resulte no maior período de afastamento.

8.14. Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

8.15. Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o resarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

9.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. JUNTA MÉDICA

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2. 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.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.