

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO PRESTAMISTA

Capital Vinculado

Pessoas Coletivo

Versão: outubro/2022

Canais de Atendimento:

Atendimento (informações, solicitações, cancelamentos e sinistros) e assistências: CAPITAIS E CIDADES METROPOLITANAS 3003-6773. DEMAIS LOCALIDADES 0800-709-8059. **SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR** 0800-722-0264. Todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive em feriados nacionais. As ligações podem ser a cobrar. **OUIDORIA** 0800-722-0266. De segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais. **CENTRAL DE ATENDIMENTO AO SURDO** +55 (61) 2107-7176. Atendimento por terminal telefônico para surdos ou por SMS, envie o texto PSSAC. De segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais. **ATENDIMENTO AO CLIENTE DO EXTERIOR - SERVIÇOS E INFORMAÇÕES** +55 (61) 2107-7176 De segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais. **Disque SUSEP: 0800-0218484**. Site: www.susep.gov.br. SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. **Link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados (www.consumidor.gov.br)**

SUMÁRIO

SUMÁRIO	2
APRESENTAÇÃO	3
CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	4
CLÁUSULA 2ª – ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO	4
CLÁUSULA 3ª - OBJETIVO DO SEGURO	4
CLÁUSULA 4ª - DEFINIÇÕES	4
CLÁUSULA 5ª - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO	9
CLÁUSULA 6ª - COBERTURAS DO SEGURO	10
CLÁUSULA 7ª - RISCOS EXCLUÍDOS	14
CLÁUSULA 8ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	17
CLÁUSULA 9ª - CARÊNCIA	17
CLÁUSULA 10ª - FRANQUIA	18
CLÁUSULA 11 – ACEITAÇÃO DO SEGURO	18
CLÁUSULA 12 - INCLUSÃO NO SEGURO	19
CLÁUSULA 13 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	20
CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	20
CLÁUSULA 15 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	21
CLÁUSULA 16 - PAGAMENTO DE PRÊMIO	21
CLÁUSULA 17 - ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS, RENDAS MENSIS E PRÊMIOS	22
CLÁUSULA 18 - RECÁLCULO DA(S) TAXAS(S) DO PRÊMIO	22
CLÁUSULA 19 - CAPITAL SEGURADO	22
CLÁUSULA 20 - BENEFICIÁRIO(S)	23
CLÁUSULA 21 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	23
CLÁUSULA 22 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	30
CLÁUSULA 23 - CANCELAMENTO DO SEGURO	31
CLÁUSULA 24 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	32
CLÁUSULA 25 - EXCEDENTE TÉCNICO	33
CLÁUSULA 26 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	34
CLÁUSULA 27 - REGIME FINANCEIRO	35
CLÁUSULA 28 - MORA	35
CLÁUSULA 30 - FORO	35
TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	36

APRESENTAÇÃO

Nós ficamos muito felizes em estar ao seu lado, cuidando das suas conquistas e do que é importante para você. Apresentamos aqui as Condições Gerais do seu seguro que contemplam as principais informações, direitos e obrigações sobre o seu seguro e como funcionam as coberturas contratadas.

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

As condições contratuais do seguro estarão disponíveis previamente ao proponente, antes da emissão do bilhete ou a assinatura da proposta.

Conte com a gente!

Proteção de dados pessoais

A Companhia de Seguros Previdência do Sul - Previsul Seguradora, empresa integrante da CNP Seguros Holding Brasil, declara que, para o desempenho das atividades objeto do presente contrato e o cumprimento de obrigações regulatórias da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legais, conforme a lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), realizará as tarefas relativas ao tratamento dos dados pessoais do cliente e beneficiários, por si só ou pelas empresas parceiras, no que se refere às informações relacionadas aos dados coletados na proposta, pelo prazo de duração deste contrato e pelos prazos legais e regulatórios estabelecidos, contados do término do contrato. Seus dados pessoais podem ser utilizados também na hipótese de haver o legítimo interesse da CNP Seguros Holding e de suas empresas coligadas, sempre respeitando a sua expectativa quanto a esse uso. Havendo qualquer alteração não prevista no tratamento dos dados pessoais coletados, a CNP Seguros Holding informará ao cliente. Para obter mais detalhes sobre como utilizamos seus dados pessoais, sobre os parceiros envolvidos e para exercer os direitos listados na LGPD o cliente pode acessar nossa Política de Privacidade, publicada no site www.cnpbrasil.com.br.

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3** O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.4** Este plano de seguro está registrado na SUSEP sob nº 15414.628440/2019-50.
- 1.5** Este seguro possui vigência por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

CLÁUSULA 2ª – ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

- 2.1** As condições deste seguro correspondem ao conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições contratuais, do contrato coletivo, da apólice coletiva, da proposta de adesão e do certificado individual do seguro.
- 2.2** **Qualquer alteração realizada nestas Condições Contratuais será aplicável, no caso de plano individual, para as novas contratações ou renovações ocorridas após o registro da alteração na SUSEP e, no caso de plano coletivo, para as apólices emitidas ou renovadas a partir do registro das alterações na SUSEP.**
- 2.3** **Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta de Seguro, das Condições Gerais e Especiais, da Apólice e seus anexos e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas, posteriormente, na forma estabelecida nestas Condições Gerais.**

CLÁUSULA 3ª - OBJETIVO DO SEGURO

- 3.1** O presente Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de evento coberto, nos termos estabelecidos nestas Condições Contratuais e no Contrato Coletivo, até o limite do capital segurado contratado.

CLÁUSULA 4ª - DEFINIÇÕES

4.1 **Acidente Pessoal:** é o 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 outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico do Segurado.

4.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, desde que ocorrido após 2 anos da adesão individual do segurado na apólice coletiva, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

4.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível 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; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

4.2 Agravamento de Risco: é uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do segurado.

4.3 Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

4.5 Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas formado pela união de três sistemas: esquelético, muscular e articular destinadas ao deslocamento do corpo humano.

4.6 Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

4.7 Atividade Laborativa Principal: é aquela através da qual o Segurado obteve ou obtém maior renda, dentro de determinado exercício anual definido no Contrato de Trabalho.

4.8 Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado e/ou Beneficiário à Seguradora, assim que dele tenham conhecimento, conforme procedimento definido nestas Condições Contratuais.

4.9 Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro. O primeiro Beneficiário será o Credor, até o valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado, limitado ao capital segurado contratado.

4.10 Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

4.11 Capital Segurado Vinculado: modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

4.12 Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração, considerada grave.

4.13 Carência: é o período ininterrupto contado a partir do início da vigência individual, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas contratadas, estando obrigado ao pagamento do Prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há carência.

4.14 Certificado Individual: documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

4.15 Coberturas: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

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

4.17 Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, abrangendo condições gerais e especiais.

4.18 Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de executar atividades cotidianas relacionadas à sua subsistência, bem como às relações interpessoais e cognitivas.

4.19 Contrato Coletivo: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano de seguro, fixando os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

4.20 Credor: Aquele a quem o devedor/segurado deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

4.21 Dados Antropométricos: peso e a altura do Segurado.

4.22 Data de Exigibilidade: data de ocorrência do sinistro, definida de acordo com as Condições Gerais de cada uma das coberturas contratadas na Apólice.

4.23 Declaração Pessoal de Saúde e Atividades ("DPS"): é o questionário que poderá, a critério da Seguradora ser parte integrante da Proposta de Adesão. Deverá ser respondido pelo Proponente, de forma verdadeira, sem omissão de informações. Neste documento, o Proponente informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data de sua assinatura.

4.24 Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada, ou seja, o Segurado.

4.25 Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

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

4.27 Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

4.28 Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

4.29 Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio para o qual não existe mais qualquer alternativa terapêutica e nem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico, emitido pelo profissional escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários.

4.30 Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.

4.31 Doença Profissional: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

4.32 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, de conhecimento ou não do Segurado, que não tenha sido declarada na declaração pessoal de saúde e atividades, 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.

4.33 Endosso: documento expedido pela Seguradora, a pedido do Estipulante e/ou Segurado, durante a vigência da Apólice, pelo qual a Seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.

4.34 Estado Conexo Mental: o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

4.35 Estipulante ou Subestipulante: é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, podendo ser o Credor ou Devedor da obrigação garantida pelo Seguro Prestamista, conforme o caso, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Sociedade Seguradora.

4.36 Etiologia: causa de cada doença.

4.37 Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nestas Condições Gerais e/ou em documento complementar, ocorrido durante a vigência do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado e/ou de seu(s) Beneficiário(s), observados os limites definidos na Apólice.

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

4.39 Fator de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

4.40 Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido regularmente aceitos como segurados e incluídos no seguro, desde que já se tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

4.41 Grupo Segurável: aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas ou jurídicas que mantêm vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou serem incluídas no Seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

4.42 Hígido: saudável.

4.43 Indenização: é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, durante o período de vigência do contrato de Seguro.

4.44 Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que emita 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.**

4.45 Obrigação: dívida ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre o credor e o devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.

4.46 Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) *jus* ao capital contratado em caso de ocorrência de qualquer dos eventos cobertos

4.47 Prêmio: é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assumam a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

4.48 Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

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

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

4.51 Proposta de Adesão: é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro.

4.52 Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro.

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

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

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

4.56 Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados pela Seguradora, após o recebimento do aviso de sinistro, para apuração das causas e demais circunstâncias envolvidas na ocorrência do sinistro, com a finalidade de verificar a caracterização de evento coberto e seu enquadramento no Seguro.

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

4.58 Renda Mensal Temporária: é o valor contratado que, limitado ao valor da dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante, será pago ao Beneficiário em caso de sinistro.

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

4.60 Riscos Excluídos: são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, para os quais não há cobertura e que que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização destes.

4.61 Saldo Devedor: é o valor das parcelas não pagas, vencidas e vincendas, da operação realizada pelo Segurado junto ao Estipulante, apurado na data do sinistro.

4.62 Segurados: são as pessoas físicas ou jurídicas, que contraíram obrigações perante o credor e que após a avaliação de risco da Seguradora, tiveram o seu risco aceito.

4.63 Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

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

4.65 Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

4.66 Vigência do Seguro: é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

4.67 Vigência da Cobertura Individual: é o período indicado no Certificado Individual em que o Segurado está coberto pelo Contrato de Seguro.

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

CLÁUSULA 5ª - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

5.1.1 Este seguro poderá ser contratado por meio de apólice coletiva, destinada a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas, físicas ou jurídicas. A contratação de seguros por meio de apólice coletiva será realizada mediante Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e, se houver, pelo Subestipulante.

5.1.2 O Estipulante deverá informar no formulário denominado "Proposta de Contratação", quais as coberturas que pretende contratar em favor dos Segurados, sendo a Básica obrigatória e as demais Adicionais/facultativas.

5.2 Contratação da apólice coletiva pelo Credor (Estipulante):

5.2.1 A Instituição Credora submeterá Proposta de Contratação à Seguradora para análise e aceitação do risco, a qual, dará origem a Apólice Coletiva e ao Contrato Coletivo.

5.2.2 O Contrato Coletivo estabelecerá questões operacionais entre Estipulante e Seguradora e deve ser sempre interpretado em conjunto com as Condições Contratuais.

5.2.3 A adesão do Segurado à Apólice coletiva é facultativa e deverá ser realizada mediante a assinatura da Proposta de Adesão, após tomar conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

5.2.4 A adesão à Apólice Coletiva poderá ser feita por pessoa jurídica desde que atendida, cumulativamente, as condições abaixo:

5.2.4.1 Haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade de a pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro;

5.2.4.2 O seguro seja feito sobre a vida de um ou mais sócios da pessoa jurídica, titulares, instituidores, administradores ou empresários, cuja composição societária deverá ser informada pelo Segurado no momento da adesão.

5.2.5 Em caso de alteração do quadro societário após a adesão ao seguro, os novos sócios somente terão cobertura após 6 (seis) meses de nomeação, eleição ou inclusão no Contrato Social, Estatuto Social, Atas de Assembleia ou qualquer outro dispositivo legalmente válido para comprovação.

5.2.5.1 A alteração societária após a adesão mencionada acima será apurada no momento da liquidação do sinistro, não sendo necessária a sua comunicação durante a vigência do seguro.

5.2.5.2 Na adesão realizada por pessoa jurídica, o risco segurado será a vida das pessoas indicadas pelo Segurado, desta forma, haverá cobertura securitária quando constatada a ocorrência de um evento coberto, pelas coberturas contratadas, com uma das pessoas indicadas pelo Segurado.

5.3 Contratação da apólice coletiva pelo Devedor (Estipulante):

5.3.1 Para a modalidade de Seguro Prestamista Empresarial Integral, a pessoa jurídica devedora será a contratante da apólice coletiva e os respectivos sócios serão os Segurados.

5.3.2 O Devedor submeterá Proposta de Contratação à Seguradora para análise e aceitação de risco, a qual, dará origem a Apólice Coletiva e ao Contrato Coletivo.

5.3.3 Não haverá Proposta de Adesão, nem será realizada a indicação da composição societária do Estipulante no momento da contratação, uma vez que esta será apurada por ocasião da liquidação do sinistro.

CLÁUSULA 6ª - COBERTURAS DO SEGURO

6.1 As coberturas passíveis de contratação para este Seguro são as abaixo mencionadas, sendo elas divididas em Básica e Adicionais, **sendo que o Seguro somente poderá ser contratado com apenas uma das coberturas básicas.**

I - Coberturas Básicas:

6.2 Morte Decorrente dos Riscos Cobertos (MDRC): é a cobertura de morte que garante o pagamento de uma indenização que possibilite aos Beneficiários a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Credor, limitada ao prazo e Capital Segurado contratado, definidos nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência do Seguro, **observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.**

6.3 Morte Acidental (MA): é a cobertura de morte que garante o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou a Instituição Credora, a amortização ou quitação de dívida, assumido pelo Segurado junto ao Credor, limitado ao prazo e Capital Segurado contratado, definidos nas Condições Contratuais, em caso de falecimento do Segurado em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, **observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.**

II - Coberturas Adicionais: A contratação de quaisquer coberturas a seguir está condicionada a contratação de pelo menos uma das coberturas mencionadas nos itens 6.2 ou 6.3.

6.4 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a cobertura que, uma vez contratada, garante o pagamento de uma indenização que possibilite aos Beneficiários a amortização ou quitação da dívida contraída pelo Segurado junto ao Credor, em caso de Invalidez Total e Permanente do Segurado, ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro, **observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.**

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

Tabela para Cálculo de Indenização para Invalidez Permanente Total por Acidente	
Discriminação da Invalidez Permanente Total	% Sobre o Capital Segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

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

6.4.3 A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente será sempre limitada até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.

6.4.4 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.

6.4.5 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. No caso de falta de indicação exata do grau de redução funcional, a Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado

a exame para comprovação de invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado se recuse.

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

6.5 Invalidez Permanente Funcional e Total por Doença (IFPD): é a cobertura que, se contratada, tem por objetivo a antecipação do pagamento do Capital Segurado da cobertura de Morte Decorrente dos Riscos Cobertos (MDRC), destinado a amortizar ou quitar a dívida contraída pelo segurado junto ao Credor, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente, **observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.**

6.5.1 A contratação da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) está condicionada à contratação da Cobertura de Morte Decorrente dos Riscos Cobertos (MDRC).

6.5.2 A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 6.5.3.

6.5.3 Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios adotados pela classe médica especializada, vigentes à época da regulação do sinistro, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas no conceito de "cardiopatia grave";
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - i - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - ii - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - iii - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 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

6.5.4 Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e atinjam a pontuação necessária.

6.5.5 A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

6.5.6 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

6.5.7 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.

6.6 Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): é a cobertura que, se contratada, tem como objetivo o pagamento do Capital Segurado destinado a quitar ou amortizar a dívida contraída pelo Segurado junto ao Credor, em caso de Invalidez Permanente e Total, para o exercício da sua atividade laborativa principal, limitado ao prazo e ao Capital Segurado contratado, também definidos nas Condições Contratuais do seguro.

6.6.1 Para fins de indenização desta cobertura, é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.

6.6.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta cobertura.

6.7 Renda Temporária por Incapacidade (RTI): é a cobertura que, se contratada, garante o pagamento de indenização ao Segurado, que possibilite amortizar ou custear parte da dívida contraída ou do compromisso financeiro assumido junto ao Credor, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de ocorrência do evento afastamento por incapacidade do Segurado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, observado as condições a seguir:

6.7.1 Como “perda de renda temporária por incapacidade” entende-se aquela pela qual o Segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

6.7.2 A cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA).

6.8 Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA): é a cobertura que, se contratada, garante o pagamento de indenização ao Segurado, que possibilite amortizar ou custear parte da dívida contraída, assumido junto ao Credor, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de ocorrência do evento afastamento por incapacidade do Segurado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, em função da ocorrência de acidente pessoal coberto, observado as condições a seguir.

6.8.1 Como "perda de renda temporária por incapacidade" entende-se aquela pela qual o Segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

6.8.2 A Cobertura de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI).

6.9 Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD): é a cobertura que, se contratada, garante o pagamento de indenização ao Segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida junto ao Credor, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de ocorrência do evento desemprego involuntário do Segurado, durante a vigência do Seguro, observados as condições a seguir:

CLÁUSULA 7ª - RISCOS EXCLUÍDOS

7.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

7.1.1 Do 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, ainda que incorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;

7.1.2 De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

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

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

7.1.5 De atos terroristas;

7.1.6 Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;

7.1.7 De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

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

7.1.9 De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo;

7.1.10 De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;

7.1.11 Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e

7.1.12 De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

7.2 Além dos riscos mencionados no subitem 7.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) do Seguro os eventos ocorridos em consequência:

7.2.1 De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

7.3 Além riscos excluídos mencionados no item 7.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos abaixo especificados:

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

7.3.2 A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;

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

7.3.4 As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;

7.3.5 As doenças agravadas por traumatismos;

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

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

7.3.8 Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 6.5.3);

7.4 Além dos riscos excluídos mencionados nos subitens 7.1 e 7.2, estão também expressamente excluídos da cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) os eventos ocorridos em consequência:

7.4.1 De Estresse, incluído "bournout", e depressão;

7.4.2 De Doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

7.4.3 De Tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;"

- 7.4.4 De Cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;**
- 7.4.5 De cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;**
- 7.4.6 De gravidez, parto e/ou aborto e suas consequências, desde que não decorrentes de acidente pessoal;**
- 7.4.7 De Fibromialgias;**
- 7.4.8 De Doença miofascial;**
- 7.4.9 De Tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;**
- 7.4.10 Tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);**
- 7.4.11 De todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;**
- 7.4.12 De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;**
- 7.4.13 De períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses.**
- 7.4.14 De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências.**
- 7.4.15 De tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;**
- 7.4.16 De tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;**
- 7.4.17 De tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;**
- 7.4.18 De complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.**
- 7.5 Além dos riscos mencionados nos subitens 7.1 e 7.2, estão também expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD): os eventos ocorridos em consequência:**
- 7.5.1 De jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;**
- 7.5.2 De renúncia ou perda voluntária do emprego;**
- 7.5.3 De trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;**

7.5.4 De término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive estágios;

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

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

7.5.7 De desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;

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

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

7.5.10 De trabalhador sem vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada, de acordo com as Consolidações das Leis do Trabalho, de forma contínua e ininterrupta por pelo menos um ano, ou não trabalhando regularmente como servidor público concursado, na função para a qual foi aprovado no concurso público ao qual concorreu e já tendo terminado o estágio probatório.

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

- a) atividades em regime complementar de trabalho, ou como "horistas";**
- b) estágio probatório ou sob contrato temporário de trabalho;**
- c) estágio escolar;**
- d) trabalho como profissional autônomo;**
- e) donos de empresa, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore;**

7.6 Os riscos previstos nos itens 7.1 e 7.2 somente estarão cobertos nos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

CLÁUSULA 8ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

8.1 As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial, exceto para as coberturas de perda de renda que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território brasileiro.

CLÁUSULA 9ª - CARÊNCIA

9.1 O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Contrato Coletivo e na Proposta de Adesão.

9.1.1 A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas Condições Contratuais do Seguro, e não excederá metade do prazo de vigência previsto na Apólice.

9.2 Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio, que, na forma da legislação vigente, deverá ser respeitada uma carência de 02 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início da vigência individual.

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

CLÁUSULA 10ª - FRANQUIA

10.1 A cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) está sujeita à quantidade de dias de franquia estabelecida no Contrato Coletivo e na Proposta de Adesão. A quantidade referente à franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

10.2 A cobertura de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) está sujeita à quantidade de dias de franquia estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão. A quantidade referente à franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

10.3 A cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) está sujeita à quantidade de dias de franquia estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão. A quantidade referente à franquia nunca será superior a 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA 11 – ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1 A Apólice Coletiva, deverá ser contratada mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado. A Adesão à Apólice Coletiva, deverá ser realizada mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão pelo Proponente Segurado, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

11.2 A Seguradora terá o prazo de:

a) 30 (trinta) dias para análise e manifestação acerca da Proposta de Contratação, contados a partir de seu recebimento; e

b) 15 (quinze) dias para analisar e se manifestar acerca da Proposta de Adesão de cada Segurado, contados a partir de seu recebimento.

11.3 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 11.2 destas Condições será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

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

11.4.1 Em caso de aceitação da Proposta de Contratação, esta será comunicada pela Seguradora ao Estipulante e será considerado como confirmação do interesse de contratar por parte do Estipulante a assinatura do Contrato Coletivo.

11.4.2 Passados os 15 dias de análise da aceitação da Proposta de Adesão, não havendo recusa expressa do risco por parte da Seguradora, a proposta de adesão será considerada aceita.

11.4.3 No caso da não aceitação da proposta de adesão por parte da seguradora, neste prazo, será efetuada a devolução do prêmio eventualmente pago, devidamente atualizado pelo IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), "pró-rata dia", da data do recebimento do prêmio.

11.5 Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro em nome do Estipulante, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

11.6 O início de vigência de cobertura da apólice respeitará a data indicada na Proposta de Contratação.

11.7 O Proponente terá cobertura provisória durante o período de análise do risco, respeitada a data do início de vigência indicada na Proposta de Contratação. Havendo a recusa do risco, a cobertura provisória cessará imediatamente. Em caso de aceitação da proposta, a seguradora irá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência.

11.7.1 Caso ocorra a recusa do risco, a diferença entre o valor pago pelo Proponente e o valor correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória será restituída ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta. Caso não tenha sido efetuado o pagamento de nenhum valor antecipadamente, poderá a Seguradora cobrar o prêmio "pró-rata dia" referente ao período de cobertura provisória.

CLÁUSULA 12 - INCLUSÃO NO SEGURO

12.1 São proponentes do seguro todas as pessoas físicas ou jurídicas do grupo segurável, em perfeitas condições de saúde e que não estejam aposentados por invalidez ou afastados, na data do início de vigência individual.

12.2 A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio eventualmente pago referente ao período a decorrer.

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

12.3.1 A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo Proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

12.4 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem as Condições estabelecidas no Contrato de Seguro.

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

12.5.1 O seguro sobre a vida de cada sócio terá seu início de vigência na data indicada na Proposta de Adesão, assinada pelo respectivo sócio ou por seu representante, que será a mesma constante do Certificado Individual emitido pela Seguradora.

CNPJ: 92.751.213/0001-73. Proc. Susep nº 15414.628440/2019-50.

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

Versão Outubro/2022

12.6 O valor da indenização respeitará o capital segurado individual, conforme regras constantes nas Condições Contratuais e, quando for o caso, obedecerá os valores expressos na Proposta de Adesão e Certificado Individual.

12.6.1 Caso o pagamento da indenização referente a um ou mais Segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais Segurados, relativamente à obrigação remanescente.

CLÁUSULA 13 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

13.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data indicada na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

13.1.2 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tais fins neles indicadas.

13.1.3 O Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos até a referida data, nos termos do Contrato de Seguro.

13.1.4 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, mediante prévia autorização do Estipulante.

13.1.5 A renovação automática não se aplica para os casos em que o Estipulante comunique o respectivo desinteresse, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias, que antecedam o final de vigência da Apólice.

13.2 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato Coletivo.

13.3 Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto se houver por parte do Estipulante solicitação para aumento de capital segurado.

CLÁUSULA 14 - VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

14.1 A cobertura do seguro terá início a partir das 24 horas da data indicada no Certificado Individual, como início de vigência, e cessa às 24 horas da data indicada como final de vigência.

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

14.3 Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada de que:

I - Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente.

II - Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

14.4 Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 15 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

15.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, ou representante do Segurado.

15.2 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por termo aditivo ao Contrato Coletivo e, ratificado por meio de endosso à Apólice. Caso a alteração implique ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, a referida alteração dependerá da concordância expressa e escrita dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, ratificada pelo correspondente endosso.

15.2.1 Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

15.3 O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que 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.

15.4 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

15.5 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação pela Seguradora ao Estipulante, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 16 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

16.1 O custeio do Seguro poderá ser:

I - Contributário, em que os segurados pagam o prêmio total;

II - Parcialmente contributário, em que os segurados pagam parte do prêmio e o Estipulante paga a outra parte.

III - Não contributário, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago integralmente pelo Estipulante.

16.2 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, **ficando este responsável por seu repasse à Seguradora**, conforme as condições estabelecidas no Contrato Coletivo. **O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.**

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

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

16.5 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e sem os juros previstos no item 16.7, no primeiro dia útil subsequente.

16.6 Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 1% a.m. (um por cento ao mês).

16.6.1 Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado conforme previsto no item 23.1.

16.7 Os tributos incidentes sobre a contratação do seguro serão recolhidos na forma da Lei.

CLÁUSULA 17 - ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS, RENDAS MENSIS E PRÊMIOS

17.1 A atualização dos Capitais Segurados, Rendas Mensais e prêmios será definida no Contrato Coletivo, em função das particularidades de cada grupo, sendo que para a modalidade de capital vinculado à dívida, a atualização será feita de acordo com o saldo devedor.

17.2 O Prêmio será fixo e recalculado na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração do Capital Segurado Vinculado.

17.3 Será considerado como novo Seguro qualquer aumento de responsabilidade não previsto inicialmente na dívida assumida pelo Segurado, ficando a aceitação do novo Contrato de Seguro, sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso nestas Condições Gerais e nas demais Condições Contratuais.

CLÁUSULA 18 - RECÁLCULO DA(S) TAXAS(S) DO PRÊMIO

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

18.1.1 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, **desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o disposto no item 13.3.**

CLÁUSULA 19 - CAPITAL SEGURADO

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

- I -** Na cobertura Morte Decorrente dos Riscos Cobertos (MDRC), a data do falecimento;
- II -** Na cobertura de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do acidente;
- III -** Na cobertura de Indenização por Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), a data consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação

de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo;

- IV** - Na cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), a data consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo;
- V** - Na cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), a data em que o Segurado ficou incapaz de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, comprovada por declaração do Médico Assistente;
- VI** - Na cobertura de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), a data do acidente, que tenha originado o quadro de incapacidade do Segurado para exercer a sua principal atividade laboral remunerada, comprovado por declaração do Médico Assistente; e
- VII** - Na Cobertura Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) a data do desligamento, quando da Consolidação das Leis do Trabalho, ou da exoneração, quando servidor público concursado.

19.2 A modalidade de Capital Segurado deste plano é o Capital Vinculado, ou seja, o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

19.2.1 Quando se tratar de Seguro Prestamista contratado por Pessoa Jurídica, em caso de sinistro coberto, fica estabelecido que o Capital Segurado a ser pago pela Seguradora será proporcional à obrigação assumida e corresponderá ao percentual de participação societária da pessoa física que sofreu o sinistro coberto.

CLÁUSULA 20 - BENEFICIÁRIO(S)

20.1 . O beneficiário do seguro prestamista é o 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 contratado.

20.2 Não haverá segundo beneficiário pois o seguro é de capital segurado vinculado, isto é, o valor disponível para indenização estará diretamente vinculado a dívida do segurado, não havendo saldo remanescente a ser pago para pessoa diversa do credor da obrigação.

CLÁUSULA 21 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

21.1 Diante da ocorrência de sinistro, o Estipulante, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) proceder à comunicação imediata à Seguradora, por meio do Formulário de Aviso de Sinistro ou outro meio disponibilizado pela Seguradora, com a indicação de todas as circunstâncias a ele relacionadas.

21.1.1 A comunicação feita por carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora, também de forma imediata à ocorrência do sinistro.

21.2 Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da liquidação sinistro e pagamento de eventual Capital Segurado devido pelo presente Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda documentação básica constante do item 21.8 desta Cláusula e aqueles indicados nas Condições Gerais de acordo com cada cobertura contratada.

21.3 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 21 e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 21.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela Seguradora dos documentos e informações complementares.

21.4 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

21.5 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

21.5.1 Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

21.6 A indenização será paga pela Seguradora diretamente ao Estipulante, sob a expressa condição de que este faça a quitação ou amortização assumido pelo prazo contratado, previsto em contrato junto ao Credor.

21.6.1 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 21.6 implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, conforme disposto na Cláusula 29 destas condições.

21.7 Para liquidação de sinistro é necessário o envio, pelo Segurado ou Beneficiário(s), à Seguradora, dos documentos básicos abaixo indicados de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas.

21.8 Para qualquer sinistro:

I - Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, e devidamente preenchido em todos os seus campos.

21.9 Documentos do Segurado:

I - Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;

II - CPF do Segurado;

III - Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social; e

IV - Comprovante de residência do Segurado;

V - Para os seguros contratados por pessoa jurídica:

(i) Cópia do Ato Constitutivo da respectiva empresa e todas as alterações devidamente registradas nos órgãos competentes; e

(ii) Documentos pessoais dos sócios. (CPF, RG e comprovante de residência).

21.10 Documentos do(s) Beneficiário(s):

I - Comprovantes de endereço, CNPJ do Beneficiário Estipulante;

II - ;

III - Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, da dívida ou compromisso assumido com o Estipulante assinada, devidamente registrada e datada;

IV - Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Estipulante;

21.11 Não serão aceitos relatórios médicos elaborados por membro (s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de ser um médico habilitado.

21.12 Em caso de morte natural, e desde que contratada a cobertura, serão necessários também os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- I -** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- II -** Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- III -** Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- IV -** Radiografias do Segurado (quando houver);
- V -** Guia de internação hospitalar (quando houver); e
- VI -** Declaração médica indicando causa mortis, com firma reconhecida.

21.12.1 Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

21.13 Em caso de sinistro de morte decorrente de causa acidental, desde que contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 21 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- I -** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- II -** Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- III -** Radiografias do Segurado (quando houver);
- IV -** Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- V -** Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos em que o Segurado era o condutor do veículo;
- VI -** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- VII -** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- VIII -** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- IX -** Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); e
- X -** Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

21.13.1 Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

21.14 Em caso de sinistro por invalidez por acidente, desde que contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 21 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- I -** Comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- II -** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- III -** Exame de corpo de delito, quando indicado; e

IV - Laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual;

21.14.1 Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

21.14.2 O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do Segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo Segurado.

21.14.3 A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas a comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

21.15 Em caso de sinistro de invalidez funcional permanente e total por doença, desde que contratada, cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 21 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

I - Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data exata do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;

II - Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;

III - Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida; e

IV - A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

21.15.1 É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

21.15.2 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

21.15.3 A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos a qualquer tempo.

21.15.4 A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

21.15.5 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

21.15.6 O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas:

a) **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. 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. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

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>	00
	<p>2º GRAU: SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<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>	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>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO (ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA (S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10

	<p>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.</p>	20
--	--	----

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Conectividade do Segurado com a Vida	<p>1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR OROSTO; 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 AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>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).</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

b) A segunda é a **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade**, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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 HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04

21.15.7 As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

21.15.8 As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

21.15.9 Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao próprio Segurado.

21.15.10 Como o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, esta cobertura será extinta imediata e automaticamente. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

21.15.11 O pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – antecipação de morte, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura de Morte, assim como o presente Seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

21.15.12 Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

21.16 Em caso de sinistro por invalidez laborativa permanente e total por doença, desde que a cobertura tenha sido contratada, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 21 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- I -** Laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença;
- II -** Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante; e
- III -** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.

21.17 Em caso de sinistro de perda de renda por desemprego, desde que a cobertura tenha sido contratada, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 21 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas.

- I -** Cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;
- II -** Para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquia, estabelecido no contrato, da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia; e

III - Cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

21.17.1 A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada em Condições Contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

21.17.2 Acumulação das Indenizações: O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Desemprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

21.18 Em caso de sinistro de perda de renda por invalidez, e desde que a cobertura tenha sido contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 21 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- I** - 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;
- II** - Exames realizados que comprovem a Incapacidade Temporária (original ou cópia simples);
- III** - Cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:
 - (i)** Última declaração do Imposto de Renda;
 - (ii)** Recibo de pagamento autônomo;
 - (iii)** Carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
- IV** - Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
- V** - Inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

21.18.1 O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Renda Temporária por Incapacidade para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

21.18.2 A Seguradora devolverá qualquer prêmio que o Segurado tiver pago em duplicidade.

CLÁUSULA 22 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s)vencido(s), caso haja por parte do mesmo, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;**
- b) inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;**
- c) inobservância das obrigações convencionadas na Apólice:**

- d) fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou
- e) se houver, intencionalmente, o agravo do risco Segurado.

22.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

- a) Cancelar o seguro após o pagamento da indenização retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral do Capital Segurado e/ou Renda Mensal: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

22.3 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.

22.3.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

22.3.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação pela Seguradora, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

22.4 Nulo será o Contrato para cobertura de risco proveniente de ato doloso dos sócios controladores, dirigentes, administradores legais do Estipulante ou dos seus representantes, além do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

22.5 O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado cometer suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.

CLÁUSULA 23 - CANCELAMENTO DO SEGURO

23.1 Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro poderá ser cancelado.

23.1.1 Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 30 (trinta) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

23.1.1.1. Na hipótese de seguro contributário em que a cobrança é realizada pelo Estipulante, a Seguradora notificará o Estipulante, com antecedência de pelo menos 30 (trinta) dias advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro, bem como quanto da obrigatoriedade do Estipulante em notificar o Segurado quanto ao pagamento ou seu possível cancelamento.

23.1.2 Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 30 (trinta) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

23.2 .

23.3 Mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, a Seguradora ou o Estipulante poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal com 30 (trinta) dias de antecedência.

23.4 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora, quanto do Estipulante, e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, à parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

23.5 O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

CLÁUSULA 24 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

24.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do certificado individual.

24.2 O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos.

24.2.1 Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura proporcional ao prêmio já pago, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

24.3 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas Morte Decorrente de Riscos Cobertos (MDRC), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);

24.4 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

I - com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

II - quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio;

III - imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" destas Condições Gerais;

IV - 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.

CLÁUSULA 25 - EXCEDENTE TÉCNICO

25.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

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

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

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

25.1.3 São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a)** Comissões de corretagem pagas durante o período;
- b)** Comissões de administração pagas durante o período;
- c)** Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- d)** Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- e)** Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.

25.1.4 As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a)** O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b)** O aviso à Seguradora, para sinistros;
- c)** A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d)** As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

25.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 25.4.

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

25.4 **Nos Seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo Segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.**

CLÁUSULA 26 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- a)** Constituem obrigações do Estipulante: Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b)** Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c)** Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao seguro contratado;
- d)** Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- e)** Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f)** Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro;
- g)** Comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h)** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i)** Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- j)** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

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

26.2 É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante, nos seguros contributários:

- a)** Cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b)** Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da 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.

26.3 Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, deverá constar no Certificado Individual e Proposta de Adesão o percentual e valor monetário deste recebimento, inclusive quando nele houver qualquer alteração.

26.4 Obrigações da Seguradora:

- a)** Informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante, sempre que lhe 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;
- c)** Prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

CLÁUSULA 27 - REGIME FINANCEIRO

27.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, o resgate de prêmios para segurados e/ou Estipulante.

CLÁUSULA 28 - MORA

29.1 A mora da Seguradora restará caracterizada a partir do término do prazo previsto no item 21.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que esta devolução se tornar exigível, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável.

29.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado e/ou Renda Mensal pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

29.2.1 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

CLÁUSULA 30 - FORO

30.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombosacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma mão	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose total de um dos punhos	20	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	Perda total do uso do pé	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose total de um quadril	20	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1º Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	n/a			