

SEGURO PRESTAMISTA

CONDIÇÕES GERAIS

1	DEFINIÇÕES	1
2	OBJETIVO DO SEGURO	4
3	GARANTIAS DO SEGURO	4
4	RISCOS COBERTOS	5
5	RISCOS EXCLUÍDOS.....	6
6	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	7
7	CARÊNCIA	7
8	ACEITAÇÃO DO SEGURO	7
9	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.....	9
10	CAPITAL SEGURADO.....	10
11	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES.....	10
12	CUSTEIO DO SEGURO	10
13	PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	11
14	RECÁLCULO DAS TAXAS	12
15	SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	12
16	CANCELAMENTO DO SEGURO	12
17	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	13
18	PERDA DE DIREITO	16
19	BENEFICIÁRIOS	16
20	REGIME FINANCEIRO	17
21	FORO.....	17
22	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	17
23	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	17
	Anexo I:Tabela para Cálculo da Invalidez Permanente por Acidente	19
	Anexo II: Condições Especiais da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ..	20
	Anexo III:Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos.....	26

SEGURO PRESTAMISTA

CONDIÇÕES GERAIS

1 DEFINIÇÕES

- 1.1 Acidente Pessoal:** É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total do Segurado;
- 1.2 Âmbito Geográfico de Cobertura:** Delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo seguro;
- 1.3 Análise do Risco:** Análise que a Seguradora efetua em cada Proposta de Adesão recebida, com a finalidade de verificar o grau do risco apresentado pelos componentes do Grupo Segurável;
- 1.4 Apólice:** Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante, nos planos coletivos;
- 1.5 Beneficiário:** Pessoa física ou jurídica que, em decorrência de evento coberto, terá o direito de receber o valor do Capital Segurado. O primeiro Beneficiário será sempre o Estipulante pelo valor da dívida ou do compromisso. A diferença que ultrapassar o saldo da dívida ou do compromisso será paga ao segundo Beneficiário, indicado pelo Segurado na Proposta de Adesão, em caso de morte, e, no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente será paga ao próprio Segurado;
- 1.6 Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice, vigente na Data do Evento;
- 1.7 Carência:** Lapso de tempo, apurado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual o Segurado não terá direito a cobertura prevista pelo Seguro, sendo nulo em caso de acidente pessoal;
- 1.8 Carregamento:** Percentual incidente sobre o prêmio de seguro ou valor a ele adicionado destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- 1.9 Certificado Individual:** Documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do Proponente ou da renovação do seguro ou da alteração de valores do Capital Segurado ou Prêmio;
- 1.10 Coberturas de Risco:** Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada;
- 1.11 Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual;
- 1.12 Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante;
- 1.13 Contrato:** Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários;
- 1.14 Corretor:** É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguros;

- 1.15 Data do Evento:** Considera-se como Data do Evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da Liquidação de Sinistros:
- a) Para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;
 - b) Para as demais Coberturas de Risco, a data da ocorrência do Evento Coberto, conforme definido nas Condições Gerais.
- 1.16 Declaração de Saúde:** Questionário constante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde na data da subscrição, bem como sua principal ocupação, atividade ou profissão;
- 1.17 Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o Médico Assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos;
- 1.18 Doença:** Evento decorrente de perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando na classificação de Acidente Pessoal;
- 1.19 Doenças e 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 sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, de conhecimento do mesmo antes da data da contratação e não declaradas na Proposta de Adesão;
- 1.20 Estipulante:** Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio;
- 1.21 Evento Coberto:** Acontecimento futuro e incerto, de natureza imprevisível, coberto pelo Seguro e ocorrido durante a sua vigência, que dá direito a Indenização ao Segurado;
- 1.22 Formulário de Aviso de Sinistro:** Documento pelo qual é feita a comunicação de um Sinistro à Seguradora;
- 1.23 Garantias:** Obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto;
- 1.24 Grupo Segurado:** Totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva;
- 1.25 Grupo Segurável:** Totalidade das pessoas físicas que mantenham vínculo concreto com o Estipulante e que reúnam as condições para inclusão na Apólice coletiva;
- 1.26 Indenização:** Valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de um sinistro, limitado ao capital segurado da respectiva cobertura contratada;
- 1.27 Início de Vigência do Seguro:** Data de aceitação da Proposta de Adesão, a partir da qual as Coberturas de Risco propostas serão garantidas pela Seguradora;
- 1.28 Invalidez Permanente Total por Acidente:** Garantia do pagamento de uma Indenização destinada a amortizar a dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante, em caso de invalidez permanente total do Segurado ocasionada pelo evento Acidente Pessoal, ocorrido durante a vigência deste seguro;
- 1.29 Índice Pactuado:** Índice contratado para a atualização dos Prêmios e Capitais Segurados, na forma indicada no Contrato e na Proposta de Adesão;
- 1.30 Liquidação de Sinistro:** Pagamento da Indenização propriamente dita, devida ao Estipulante ou ao Beneficiário após a verificação da cobertura pela regulação do Sinistro;
- 1.31 Médico Assistente:** Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;

- 1.32 Migração de Apólice:** A transferência de Apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência;
- 1.33 Nota Técnica Atuarial:** Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- 1.34 Período de Cobertura:** Período durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, fará(ão) jus aos Capitais Segurados contratados;
- 1.35 Prazo de Carência:** Período contínuo de tempo, contado a partir da data de início de Vigência da Cobertura Individual, durante o qual, na ocorrência de Sinistro, a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, isto é o Beneficiário não terá direito à percepção de qualquer Indenização;
- 1.36 Prêmio:** Valor destinado ao custeio do seguro que o Segurado e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s);
- 1.37 Preposto:** Pessoa investida no poder de representação do Segurado, como o corretor de seguros ou o Estipulante em caso de seguro em grupo;
- 1.38 Proponente:** O interessado em contratar o Seguro, no caso de contratação individual, ou que propõe sua adesão à Apólice, no caso de contratação coletiva, e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do Prêmio;
- 1.39 Proposta de Adesão:** Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais;
- 1.40 Proposta de Contratação:** Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais;
- 1.41 Reabilitação do Seguro:** Restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) Prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de Suspensão;
- 1.42 Regime Financeiro de Repartição Simples:** A estrutura técnica do Seguro, em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período, não sendo prevista devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Estipulante;
- 1.43 Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nestas Condições Gerais que não serão cobertos pelo seguro;
- 1.44 Segurado:** Pessoa física em relação a qual a Seguradora assume a responsabilidade dos riscos cobertos previstos no Contrato de Seguro;
- 1.45 Seguradora:** MBM Seguradora S.A. legalmente constituída e autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais;
- 1.46 Sinistro:** A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;
- 1.47 Suspensão:** Lapso temporal em que o Seguro não opera nenhum efeito, ficando o Segurado sem direito à garantia contratada;
- 1.48 Vigência do Seguro:** Período no qual a Apólice de Seguro está em vigor;

- 1.49 Vigência da Cobertura Individual:** Período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

2 OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1** O presente Seguro, regido por estas Condições Gerais e pelo Contrato expressamente convencionados, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar, total ou parcialmente, a dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante, caso o Segurado venha sofrer um dos eventos cobertos previstos no Contrato.

3 GARANTIAS DO SEGURO

- 3.1** As Garantias do Seguro dividem-se em básica e adicional, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem a garantia básica.

3.2 **Garantia Básica: Morte.**

- 3.2.1** Garante, ao Estipulante, o pagamento de uma Indenização até o limite do saldo devedor da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado junto ao Estipulante, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante a vigência da cobertura individual, observado o disposto no item 3.2.1.a).

- a)** Havendo saldo remanescente, resultante da diferença entre o Capital Segurado e o saldo devedor junto ao Estipulante, este será pago ao(s) Beneficiário(s).

3.3 **Garantia Adicional: Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):**

- 3.3.1** Garante o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar a dívida ou compromisso assumido com o Estipulante, em caso de invalidez total e permanente do Segurado ocasionada pelo evento Acidente Pessoal, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

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

- a.1)** a perda total da visão de ambos os olhos;
- a.2)** a perda total do uso de ambos os membros superiores;
- a.3)** a perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- a.4)** a perda total do uso de ambas as mãos;
- a.5)** a perda total do uso de um membro superior e um inferior;
- a.6)** a perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- a.7)** a perda total do uso de ambos os pés; e
- a.8)** a alienação mental total incurável.

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

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

d) Para efeito de Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

e) **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.**

e.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.

f) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente.

3.3.2 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): visa garantir o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar a dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante, em caso de invalidez funcional permanente total por doença do Segurado, ocorrida durante a vigência da cobertura individual, decorrente da perda da existência independente do segurado, sendo esta considerada quando da ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado comprovado na forma definida nas Condições Especiais do Seguro.

3.4 A garantia adicional, quando contratada, somente pode ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado.

4 RISCOS COBERTOS

4.1 O Segurado estará coberto dos seguintes riscos na Vigência do Seguro:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, observado o disposto no subitem 7.4;
- b) Acidente Pessoal;
- c) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicação deles decorrentes excluídas as Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- d) atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- e) choque elétrico e raio;
- f) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- g) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- h) queda n' água ou afogamento.

4.2 Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal do subitem 1.1, as lesões decorrentes de:

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando o Segurado ficar sujeito a elas em decorrência de acidente coberto;
- b) sequestros e suas tentativas;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- f) o suicídio ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor.

4.3 Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal, para fins deste Seguro:

- a) As Doenças (incluídas as profissionais) qualquer que seja a sua causa, ainda que provocada, desencadeada ou agravada, direta ou indiretamente por acidente inclusive a decorrente de contaminação radioativa ou de exposição a qualquer tipo de radiação, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente;
- b) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamento clínico ou cirúrgico quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de Previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por Acidente Pessoal, definido no subitem 1.1.

5 RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão excluídos de todas as coberturas os riscos decorrentes:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) 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 de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças preexistentes à contratação do Seguro de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- d) de furacão, ciclone, terremoto, maremoto, erupção vulcânica e outras convulsões da natureza;
- e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro ou ainda, quando seguro contratado por pessoa jurídica, por seus sócios controladores, dirigente e administradores;
- f) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- g) direta ou indiretamente de ato terrorista, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- h) de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas conseqüências;

- i) do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso;
 - j) 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, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem; e
 - k) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.
- 5.2 Estão excluídos exclusivamente das coberturas de morte por causas naturais e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) os riscos decorrentes:
- a) de choque anafilático e suas consequências;
 - b) do parto ou aborto e suas consequências; e
 - c) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 6.1 As garantias previstas no Seguro aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7 CARÊNCIA

- 7.1 O período de carência será contado a partir do início de Vigência da Cobertura Individual, respeitado o limite de 2 (dois) anos, sendo estabelecido no Contrato.
- 7.2 Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência.
- 7.3 O pagamento antecipado dos Prêmios não elimina nem reduz o Prazo de Carência estabelecido no item 7.1.
- 7.4 Para Sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá Prazo de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme previsto no artigo 798 da Lei 10.406 de 10/01/02.
- 7.5 Caso o Grupo Segurado seja transferido para outra seguradora, ou no caso de migração, não será reiniciada a contagem de novo Prazo de Carência para os Segurados já incluídos no seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.
- 7.6 O Prazo de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado individual.
- 7.7 O Prazo de Carência poderá ser aplicado aos aumentos de Capital Segurado solicitados após o início de vigência.

8 ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1 A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta de adesão assinada pelo proponente ou por seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.
- 8.1.1 Na Proposta de Adesão constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 8.2 Poderão ser admitidas no Seguro as pessoas físicas com idade máxima de 70 (setenta) anos, em boas condições de saúde e que atenderem aos critérios de

análise e aceitação do risco da Seguradora na data da assinatura da Proposta de Adesão.

- 8.3 O Proponente obriga-se a declarar, na Proposta de Adesão, as Doenças, lesões ou seqüelas físicas de que seja portador.**
- 8.4 Para aceitação da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir comprovação de renda e/ou provas de saúde, tais como declaração complementar de saúde e/ou de atividade laborativa, relatório médico, exames específicos e perícia médica.**
- 8.5 A aceitação da Proposta de Adesão será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data do registro de recebimento por parte da Companhia.**
- 8.6 A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 8.7 A Seguradora reserva-se o direito de não aceitar a inclusão de Proponente com Proposta de Adesão mal preenchida, com rasuras ou com Declaração de Saúde incompleta ou que comprometa a taxaço do seguro.**
- 8.8 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada pela Seguradora por escrito ao interessado, fundamentada na legislação vigente, com a conseqüente devolução dos valores já pagos, atualizados monetariamente da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV, correspondente ao período entre a data do pagamento do Prêmio e a data da efetiva restituição, acrescido de juros de 6% (seis por cento) ao ano a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo referido no subitem 8.6, considerada a Suspensão quando houver. No caso de recusa de risco, o valor pago a título de prêmio deverá ser restituído ao Segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da formalização da recusa pela Seguradora.**
- 8.9 Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora expedirá o respectivo Certificado Individual do Seguro.**
- 8.10 É obrigatória a emissão e posterior envio do Certificado Individual, no início de vigência do Contrato de seguro respectivo e em cada uma das renovações subsequentes.**
- 8.11 É nula de pleno direito a adesão do interessado que prestar declarações falsas, errôneas ou incompletas na Proposta de Adesão, adulterando ou omitindo circunstâncias que possam influenciar a avaliação do risco e na sua aceitação pela Seguradora.**
- 8.12 A nulidade da inscrição, em razão das causas mencionadas 8.11, acarretará a perda de todos os direitos relativos ao Seguro, bem como dos valores correspondentes a Prêmios pagos, nos termos do Artigo 766 da Lei n.º 10.406/2002.**
- 8.13 A Seguradora em qualquer época poderá exigir do Segurado a comprovação de todas as informações ou dados por estes fornecidos.**
- 8.14 A inclusão dos componentes principais far-se-á da seguinte forma:**
- a) Automática – quando o Seguro abranger todos os componentes principais;**
 - b) Facultativa – quando o Seguro abranger somente os componentes principais que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante.**
- 8.15 As obrigações da Seguradora decorrentes da cobertura contratada, somente serão exigíveis após a aceitação da respectiva Proposta de Adesão e quitação,**

antes da ocorrência do Evento Coberto, do(s) Prêmio(s) devido(s), observado o período de carência.

8.16 A aceitação do seguro estará sujeita à Análise do Risco.

9 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

- 9.1** A Apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data neles indicada.
- 9.2** O Período de Cobertura e vigência da Apólice será de acordo com o estipulado no Contrato do Seguro, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessária, desde que realizada pelo Estipulante, nos seguros coletivos, e desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.
- 9.3** O período de Vigência do Seguro poderá ser:
- a)** Anual e renovável;
 - b)** Limitado ao prazo do compromisso assumido pelo Segurado; ou
 - c)** Outras formas determinadas conforme as características da operação.
- 9.4** Caso haja, durante a vigência e/ou na renovação, qualquer modificação da apólice deverá ser feita através de aditivo, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da Apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou, ainda, a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos integrantes do Grupo Segurado.
- 9.5** Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.
- 9.6** A renovação automática não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice.
- 9.7** A renovação automática não se aplica aos seguros de prazos inferiores a 1 (um) ano, caso em que a renovação é feita mediante apresentação de nova Proposta de Adesão.
- 9.8** As Propostas de Adesão recebidas pela Seguradora com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, e que tenham satisfeito as condições de aceitação, terão seu início de vigência às 24 horas da data de recepção da Proposta de Adesão, sendo esta devidamente indicada no Certificado Individual.
- 9.9** Respeitado o período do correspondente Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.
- 9.10** Nos Contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de Prêmio e que tenham satisfeito as condições de aceitação, o início da vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 9.11** Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data do vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

10 CAPITAL SEGURADO

- 10.1** Nenhuma Indenização por um mesmo Evento Coberto será superior ao valor do Capital Segurado.
- 10.2** A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da Indenização, independente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.
- 10.3** Nos seguros em que o Segurado for responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado, acompanhada de declaração atualizada da dívida emitida pelo Estipulante.
- 10.4** No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, a Seguradora pagará uma Indenização de acordo com a especificação mencionada no item 3.3 destas Condições Gerais.
- 10.5** Considera-se como Data do Evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros:
- 10.5.1** para a garantia de morte, a data da ocorrência do evento, constante na certidão de óbito, ressalvado o disposto no item 10.5.2; e
 - 10.5.2** para as garantias de acidentes pessoais, a data do acidente;
 - 10.5.3** para a garantia de invalidez por doença, a data indicada na Declaração Médica.

11 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES

- 11.1** Os Capitais Segurados e os Prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da Apólice, pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior.
- 11.2** No caso de extinção do Índice Pactuado, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.
- 11.3** Quando os Capitais Segurados forem variáveis de acordo com o saldo devedor, os Capitais Segurados serão atualizados de acordo com o novo saldo devedor, conforme informado pelo Estipulante à Seguradora. Os prêmios serão recalculados com base nos novos Capitais Segurados.
- 11.4** A atualização de valores não se aplica às apólices com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.

12 CUSTEIO DO SEGURO

- 12.1** Para fins deste Seguro, o custeio pode ser:
- a)** Não Contributário, quando os Segurados principais não pagam o Prêmio do Seguro; ou
 - b)** Parcialmente Contributário, onde o Segurado e Estipulante dividem o pagamento do prêmio, conforme percentuais de responsabilidade acordados no Contrato; ou
 - c)** Contributário, quando os Segurados principais pagam a totalidade do prêmio do seguro.

13 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 13.1** O Prêmio do Seguro terá periodicidade de pagamento mensal e resultará da aplicação, sobre o valor do Capital Segurado ou do saldo devedor, conforme definido no Contrato, no mês do pagamento, da taxa inicialmente fixada no Contrato e anualmente recalculada com base nas operações do Seguro.
- 13.2** O Prêmio mensal deverá ser sempre pago antecipadamente em relação ao respectivo mês de Vigência do Seguro através de fatura mensal, desconto ou consignação em folha ou débito em conta junto à rede bancária autorizada a recebê-lo em nome do Estipulante, conforme definido no Contrato.
- 13.3** A data limite para pagamento do Prêmio não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da Apólice, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento de Prêmio.
- 13.4** A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da Apólice.
- 13.5** O pagamento do Prêmio mensal deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Se a data do vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ocorrer no primeiro dia útil imediatamente seguinte, sem que haja Suspensão das Garantias.
- 13.6** Decorridos os prazos referidos nos subitens 13.3 e 13.5, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança do Prêmio, as coberturas do Seguro ficarão automaticamente e de pleno direito suspensas.
- 13.7** Mediante prévia autorização da Seguradora, o recolhimento do Prêmio mensal poderá ser delegado ao Estipulante, o que deve ser feito no prazo máximo de 5 (cinco) dias após o efetivo pagamento pelos Segurados, através de fatura e Documento de Cobrança emitidos pela Seguradora.
- 13.8** A delegação de que trata o subitem 13.7 poderá ser revogada a qualquer tempo pela Seguradora, mediante notificação expressa ao Estipulante.
- 13.9** Nos seguros Contributários, quando os Segurados principais pagam o Prêmio total ou parcialmente, **se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora no prazo devido os Prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro**, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da Apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, **ficando o Estipulante sujeito às cominações legais e ao pagamento de uma multa de 2% (dois por cento) sobre o valor que deixou de repassar, acrescida de atualização monetária com base no Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento.**
- 13.10** Nos seguros não contributários o não pagamento do Prêmio pelo Estipulante na forma e nas condições previstas no subitem 13.9, determinará a suspensão da cobertura do seguro.
- 13.11** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora, devendo destacar, no carnê, ticket ou outro documento, a quantia que lhe for devida, seja a que título for, do valor do Prêmio do Seguro.
- 13.12** As despesas de administração, agenciamento e corretagem, representadas pelo percentual de Carregamento constante do Contrato, serão cobertas pelo Prêmio mensal, **sendo vedada a cobrança pelo Estipulante de taxa de inscrição ou de intermediação.**
- 13.13** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem determinar a legislação específica.

14 RECÁLCULO DAS TAXAS

- 14.1 Sempre que o recálculo, resultar taxas superiores às taxas em vigor, e a Apólice apresentar déficit técnico que indique a necessidade de adequação, sua aplicação será realizada mediante endosso à Apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, por implicar em ônus aos Segurados conforme o disposto no Art. 801 do Código Civil.

15 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 15.1 O não pagamento do(s) prêmio(s) até o vencimento acordado acarretará a automática suspensão da cobertura ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente de sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada à cobrança dos prêmios referentes a este período, ressalvado o disposto nos itens 13.9 e 13.10.
- 15.2 O Segurado ou Estipulante poderão reabilitar a cobertura no prazo máximo de 90 (noventa) dias da data do vencimento do prêmio, mediante quitação do prêmio do mês vigente junto a Seguradora, readquirindo direito a cobertura a partir desta data, sendo mantida a data de vencimento inicialmente estabelecida no contrato para os meses subsequentes. Para fins destas condições gerais entende-se o prazo especificado neste item como prazo de suspensão da cobertura.
- 15.2.1 No caso da retomada do pagamento dos prêmios, antes do fim do prazo de suspensão, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.
- 15.3 A Seguradora dará aviso expresse ao Estipulante, com antecedência de 10 (dez) dias, no mínimo, do término do prazo para Reabilitação do Seguro, quando o custeio for Não Contributário, e também ao Segurado, quando o custeio for Contributário, através de correspondência advertindo quanto à necessidade de quitação dos Prêmios em atraso sob pena de cancelamento do Seguro.
- 15.4 Transcorridos 90 (noventa) dias da data do vencimento do Prêmio e não sendo este pago, o Seguro será cancelado sem que seja devida, ao Segurado ou seu(s) Beneficiários(s), qualquer Indenização para evento ocorrido após àquela data, não sendo, de mesma forma, devolvidos os Prêmios já pagos.

16 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 16.1 O seguro poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes através da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.
- 16.2 A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 16.3 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

- 16.4 Qualquer alteração que restrinja direito ou que implique ônus ao Segurado deverá ser realizada por endosso ou aditivo ao Contrato, com a concordância prévia e escrita de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.
- 16.5 A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo, em caso de desinteresse pela renovação, de fraude, tentativa de fraude e/ou dolo por parte do Estipulante.
- 16.6 As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 16.7 Quando o custeio for Contributário, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os Prêmios pagos pelos Segurados tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da Apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos Segurados, ficando o Estipulante sujeito ao pagamento da multa e demais encargos previstos no subitem 13.9.
- 16.8 O Estipulante não poderá cancelar o Seguro durante sua vigência sem o expresso consentimento dos Segurados enquanto o pagamento do Prêmio correr por conta destes, ficando ressalvado o direito do mesmo ou da Seguradora de deixar de renovar a Apólice no aniversário.
- 16.9 Com o cancelamento da Apólice, ou no final do prazo de vigência de que trata o subitem 9.2, cessa a cobertura de cada Segurado, observando-se que a caducidade do Seguro se dá sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade se o Segurado, seu(s) Preposto(s) ou Beneficiário(s) agir(em) com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou para majorar Indenização.
- 16.10 A cobertura do Seguro cessa automaticamente quando:
- a) decorrer o prazo de suspensão previsto no item 15.2 e o Segurado ou o Estipulante não promoverem a reabilitação da cobertura;
 - b) houver a quitação da dívida ou do compromisso assumido com o Estipulante; ou
 - c) ocorrer o pagamento da indenização em razão do falecimento ou Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado.

17 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 17.1 O Evento Coberto pelo Seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, ou pelo Segurado, ou ainda pelo(s) Beneficiário(s), no Formulário de “AVISO DE SINISTRO”, ou em carta registrada, ou telegrama dirigido à Seguradora.
- 17.2 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o Formulário de “AVISO DE SINISTRO”, preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário (conforme o caso), ou seu representante legal.
- 17.3 O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos, os quais deverão ser apreciados pela Seguradora no prazo máximo de 30 (trinta) dias:
- 17.3.1 Em caso de morte:
- a) Cópia do contrato firmado entre o Segurado e o Estipulante;
 - b) Documento do Estipulante informando o valor do Bem e/ou saldo devedor do Segurado na data do evento;
 - c) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchido pelo(s) beneficiário(s);
 - d) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
 - e) Cópia autenticada da certidão de óbito;

- f) Relação com o(s) nome(s) e endereço(s) do(s) médico(s) assistente(s) e hospital(is) em que esteve internado o Segurado, quando o tempo decorrido entre a contratação e o sinistro for inferior a três anos;
- g) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante da conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);
- h) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);
- i) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- j) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- k) Informação do CNPJ e cópia simples do comprovante da conta bancária do Estipulante, no caso deste ser o Beneficiário.

17.3.2 Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Cópia do contrato firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- b) Documento do Estipulante informando o valor do Bem e/ou saldo devedor do Segurado na data do evento;
- c) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- d) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado e cópia simples da conta bancária e comprovante de residência do segurado;
- e) Formulário de IPTA (Invalidez Permanente Total por Acidente), preenchido pelo Segurado e Médico Assistente;
- f) Laudo médico que ateste a Invalidez Permanente do Segurado;
- g) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- h) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.
- i) Informação do CNPJ e cópia simples do comprovante da conta bancária do Estipulante, no caso deste ser o Beneficiário.

17.4 Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos.

17.5 Qualquer Indenização somente passa a ser devida após o pagamento do Prêmio mensal, que deve ser feito no máximo até a data prevista no respectivo documento de cobrança e do recebimento pela Seguradora da documentação completa exigível para regulação do Sinistro, relacionada nestas Condições.

17.6 Para recebimento da Indenização das coberturas contratadas, o Segurado ou Beneficiário deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias relacionadas com ele, ficando facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do Sinistro.

17.7 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no Seguro, caso haja por parte do Segurado, seu(s) Preposto(s) ou Beneficiário(s):

- a) inexistência, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão;
- b) inobservância das obrigações convencionadas, que acarretem intencionalmente agravamento do risco coberto; ou

- c) fraude ou tentativa de fraude, simulando ou provocando um Sinistro, ou ainda, agravando as suas consequências.
- 17.8 O Segurado acidentado deverá recorrer, imediatamente, às suas custas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 17.9 **As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e com os documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 17.9.1 **Eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.**
- 17.9.2 **O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando o limite de cobertura estabelecido para a garantia, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.**
- 17.10 A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do Sinistro em cada garantia, conforme item 17.3 destas condições, contar-se-á o prazo para o pagamento da Indenização de no máximo 30 (trinta) dias, não sendo seu valor atualizado na hipótese da Seguradora cumprir o referido prazo.
- 17.11 **Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento gerador, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último Prêmio antes da ocorrência do fato gerador, a Seguradora poderá exigir do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos no item 17.3, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do Sinistro, que só voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas às exigências.**
- 17.12 **Transcorrido o prazo a que se referem os subitens 17.10 e 17.11 sem que tenha sido paga a Indenização, o valor do Capital Segurado da garantia será atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acrescido de juros moratórios a taxa de 6% (seis por cento) ao ano, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.**
- 17.12.1 **O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.**
- 17.13 A atualização a que se refere o subitem 17.12 será efetuada com base na variação positiva do índice estabelecido no plano, apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 17.14 **As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar.**
- 17.15 **A Indenização dos riscos cobertos será feita primeiramente ao Estipulante pelo valor da dívida contraída e o saldo remanescente diretamente ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s), ou a procurador com poderes específicos para o ato.**
- 17.16 **Os prazos prescricionais para toda e qualquer pretensão do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra a Seguradora e vice-versa são aqueles determinados na Lei 10.406 de 10/01/02.**
- 17.17 A Seguradora deve, em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída

de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

17.18 Todas as indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

18 PERDA DE DIREITO

18.1 Se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de adesão ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à Indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

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

18.2.1 na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

18.2.2 na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

18.3 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.

18.3.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento 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.

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

19 BENEFICIÁRIOS

19.1 O primeiro Beneficiário será o próprio Estipulante pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado. A diferença que ultrapassar o saldo será paga ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) em caso de morte, e, no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente será paga ao próprio Segurado.

19.2 Com exceção do primeiro Beneficiário, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser substituído(s) a qualquer tempo mediante aviso escrito à Seguradora. Nenhuma alteração de Beneficiário terá validade se não constar de declaração escrita do Segurado, desobrigando-se a Seguradora do pagamento da Indenização ao novo Beneficiário caso não seja oportunamente cientificada da substituição.

19.3 Na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, existindo saldo remanescente da dívida ou compromisso assumido pelo

Segurado, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

- 19.4** Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) que mantenha com o Segurado união estável reconhecida judicialmente e desde que este ao tempo da contratação do Seguro esteja separado de fato ou judicialmente.
- 19.5** Na falta das pessoas mencionadas nos subitens precedentes, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20 REGIME FINANCEIRO

- 20.1** Tendo em vista que o presente seguro é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado, aos Beneficiários ou ao Estipulante.

21 FORO

- 21.1** As questões judiciais, entre o Segurado, Beneficiário ou Estipulante e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

22 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 22.1** A Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros do Estipulante, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas na Apólice, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.
- 22.2** A propaganda e a divulgação do Seguro por parte do Estipulante ou do Corretor do Seguro somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP, e a legislação normativa deste Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações por ela autorizadas.
- 22.3** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 22.4** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

23 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 23.1** Constituem obrigações do Estipulante:
- 23.1.1** fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- 23.1.2** manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer

eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

23.1.3 Caso o Estipulante, no papel de credor, e o Segurado, no papel de devedor, repactuem o prazo original relativo à obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada pelo Estipulante.

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; e

II) Se houver ampliação do prazo original, a seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado no item 8.5, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

23.1.4 fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

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

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

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

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

23.1.9 dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

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

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

23.1.12 discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado; e

23.1.13 comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quando ao Seguro contratado.

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

ANEXO I

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e 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-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose 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	9
	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	9
	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 de um dos pés	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
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose 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	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1 DEFINIÇÃO

- 1.1 **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença;
- 1.2 **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil;
- 1.3 **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;
- 1.4 **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;
- 1.5 **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;
- 1.6 **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;
- 1.7 **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”;
- 1.8 **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc;
- 1.9 **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca;
- 1.10 **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;
- 1.11 **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado;
- 1.12 **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor;
- 1.13 **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos;
- 1.14 **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;
- 1.15 **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;
- 1.16 **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;
- 1.17 **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;
- 1.18 **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;
- 1.19 **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente;

- 1.20 **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade;
- 1.21 **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo;
- 1.22 **Etiologia:** Causa de cada doença;
- 1.23 **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;
- 1.24 **Hígido:** Saudável;
- 1.25 **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;
- 1.26 **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;
- 1.27 **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;
- 1.28 **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;
- 1.29 **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;
- 1.30 **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;
- 1.31 **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;
- 1.32 **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença;
- 1.33 **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2 OBJETIVO DA GARANTIA DO SEGURO

- 2.1 visa garantir o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar a dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante, em caso de invalidez funcional permanente total por doença do Segurado, ocorrida durante a vigência da cobertura individual, decorrente da perda da existência independente do segurado, sendo esta considerada quando da ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônômicas do segurado, sob critérios devidamente especificados no item **Dos Riscos Cobertos, desta Cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Gerais.**

3 COBERTURA

- 3.1 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 Autônômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item *Liquidação do Sinistro*.

3.2 RISCOS COBERTOS

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

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - g.1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g.2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g.3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - g.4) 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.1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - i.2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - i.3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3 DEMAIS RISCOS COBERTOS

3.3.1 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima

exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis, de acordo com a valoração dos pontos determinada em tabela anexa.

- 3.3.2** O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
- 3.3.3** O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
- 3.3.4** Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 3.3.5** Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 3.3.6** O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 3.3.7** Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** **Além dos Riscos Excluídos previstos nos itens** Erro! Fonte de referência não encontrada. **e 5.2 das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:**
 - a)** 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;
 - b)** os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
 - c)** a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1** A indenização por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será paga mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - a)** Cópia do contrato firmado entre o Segurado e o Estipulante;
 - b)** Documento do Estipulante informando o valor do Bem e/ou o saldo devedor do Segurado na data do evento;
 - c)** Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, acompanhando a comunicação à Seguradora de suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante e,
 - d)** Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro) e as informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item *Dos Riscos Cobertos*.

- e) Relatório do Médico-Assistente do Segurado:
 - e.1) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - e.2) Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
 - f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.
 - g) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples da conta bancária e comprovante de residência do segurado;
 - h) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do evento coberto; e
 - i) Informação do CNPJ e cópia simples do comprovante da conta bancária do Estipulante, no caso deste ser o Beneficiário.
- 5.2 A Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada poderá solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.
- 5.3 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.

6 DATA DO SINISTRO

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

7 NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- 7.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 7.2 A Sociedade Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

8 JUNTA MÉDICA

- 8.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do segurado, a constituição de junta médica. A junta médica

deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

9 DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 9.1** As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

10 FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

- 10.1** Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o Capital Segurado contratado será pago de uma só vez.

11 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 11.1** Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 11.2** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

Anexo II

ANEXO A CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

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

ATRIBUTO	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNição.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO. NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS E INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÉUTICA.	08