CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE VIDA DO PRODUTOR RURAL- TAXA MÉDIA

SICOOB

SICOOB Seguradora de Vida e Previdência SA

(CNPJ: 26.314.512.0001/16)

SEGURO DE VIDA DO PRODUTOR RURAL – TAXA MÉDIA

Processo SUSEP N° 15414.901216/2016-75

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir a quitação da dívida assumida pelo segurado, oriunda de operação de crédito rural contratada por pessoa física junto ao Estipulante, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas**, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais**.

> **Parágrafo único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.**

2) DEFINIÇÕES

Art. 2º. Para efeito destas condições gerais, considera-se:

a) Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tendo como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se nesse conceito:

- suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

a.2) excluem-se desse conceito:

- **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;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **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**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.**

b) Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante/subestipulante;

c) Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

d) Capital Segurado: valor contratado a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro;

e) Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

f) Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora;

g) Coberturas: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;

h) Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;

i) Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

j) Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;

k) Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante/subestipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante/subestipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;

l) Declaração Pessoal de Saúde (DPS): declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde, doenças preexistentes, internações hospitalares, tratamentos médicos e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela sociedade seguradora;

m) 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 quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro;

n) Estipulante/Subestipulante: Qualquer entidade, pública ou privada, que conceda financiamento de crédito rural;

o) Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período;

p) Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;

q) Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;

r) Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

s) Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante/subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

t) Indenização: valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários de forma única quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

u) Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;

v) Médico do Segurado: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos laudos de médicos, onde o mesmo é o próprio segurado, seu**

cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

w) Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

x) Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

y) Prazo de Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

z) Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

aa) Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;

bb) Proponente: o interessado em contratar a cobertura;

cc) 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;

dd) Proposta de Contratação: documento com a 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 as coberturas, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

ee) Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais ou nas condições especiais, que não serão cobertos pelo plano;

ff) Segurado: pessoa física produtora rural, devedora de crédito rural, sobre a qual se estabelecerá o seguro;

gg) Seguradora: é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;

hh) Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Poderão ser contratadas, concomitantemente, as seguintes coberturas:

I. Morte (M): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

II. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao estipulante, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

Parágrafo único. 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.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4º. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) 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;

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 da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato 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 suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

f) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da

natureza;

g) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente; e

h) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;

i) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal;

j) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal.

Art. 5º. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 6º. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6) CARÊNCIAS

Art. 7º. Não haverá período de carência quando da adesão do seguro, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses, contado da data do início de vigência do contrato de financiamento.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 8º. Poderão ser incluídos no seguro os proponentes devedores de crédito rural concedido pelo Estipulante, que se encontre na data de adesão com idade superior ou igual a 18 (dezoito) anos e idade somada ao prazo da operação de crédito rural não superior a 80 (oitenta) anos.

Art. 9°. A contratação será feita com base na proposta de contratação que deverá ser preenchida e assinada pelo representante legal do subestipulante/estipulante.

Art. 10. A aceitação do seguro se formalizará mediante a assinatura pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e o preenchimento completo da proposta de adesão, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições

Gerais, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco, seja para seguros novos, renovações ou alterações que impliquem em modificação do risco.

§ 2º. A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

§ 3º Caso não haja manifestação contrária da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da proposta de adesão, o seguro estará automaticamente aceito.

§ 4º. Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.

§ 5º. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio por parte da seguradora e a data da formalização de recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

Art. 11. A critério da seguradora poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente, quando da adesão ao seguro.

Art. 12. A cada segurado incluído no seguro e em cada uma das renovações subsequentes será enviado um Certificado Individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os seguintes elementos:

a) nome completo da sociedade seguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;
b) nome completo da sociedade cosseguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;
c) nome e CNPJ ou CPF do estipulante e, quando for o caso, do subestipulante;

d) indicação do número da proposta e da apólice às quais o certificado individual está vinculado;
e) número de controle do certificado individual;
f) número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) produtos(s) de seguro vinculado(s) ao certificado individual;
g) nome ou razão social do segurado, seu endereço completo e respectivo CPF, se pessoa física, ou CNPJ, se pessoa jurídica;
h) identificação do(s) beneficiário(s), no caso de seguro de pessoas;
i) identificação do bem segurado, no caso de seguro de danos, se aplicável;
j) cobertura(s) contratada(s);
k) valor monetário do limite máximo de garantia ou do capital segurado de cada cobertura contratada;
l) franquia(s) e/ou carência(s) aplicável(is) a cada cobertura, se prevista(s);
m) o período de vigência, incluindo as datas de início e término da(s) cobertura(s) contratada(s);
n) valor total do prêmio de seguro, discriminando:
I. valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;
II. adicional de fracionamento, quando for o caso;
III. valor do IOF, quando for o caso; e
IV. remuneração do estipulante e do subestipulante, quando for o caso. XV – prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade;
o) data da emissão do certificado individual;
p) chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;
q) nome e número do registro Susep do corretor de seguros, se houver;
r) número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do certificado individual;
s) número do telefone da ouvidoria da seguradora;
t) o endereço e o número de telefone de contato do estipulante ou, quando for o caso, do subestipulante, para atendimento ao segurado;
u) número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;
v) informação do “link” no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) produtos (s) de seguro vinculado(s) ao certificado, e;
w) texto informativo, com a seguinte redação: “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.”

Parágrafo único. Para fins do disposto na alínea “g”, caso o segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 13. Caso as propostas tenham sido recepcionadas pela Seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 horas do dia de

pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice e o período de financiamento do crédito rural.

Parágrafo único. As propostas que tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência às 24 horas da data de recepção da proposta.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 14. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

Art. 15. A vigência do seguro constará da apólice e do contrato firmado entre seguradora e estipulante/subestipulante, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. A apólice, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim nele indicados.

§ 2º. Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

§ 3º. 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 ao final de vigência da apólice.

§ 4º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 5º. A renovação da apólice que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

§ 6º. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 16. O capital segurado total será fixo e não variará ao longo da vigência do seguro, independentemente da evolução do valor da obrigação a qual o seguro estará vinculado.

Art. 17. Nas operações em que figure mais de um mutuário, o capital segurado total será dividido em capital segurado por mutuário, proporcionalmente à cota de responsabilidade de cada um perante o empréstimo a que se vincula o seguro, sendo as indenizações pagas à medida que ocorram os sinistros, restando segurados os demais mutuários, até o vencimento da cobertura.

> **Parágrafo Único.** Não estando individualizada, para efeito do seguro, a responsabilidade de cada mutuário, prevista no parágrafo anterior, entende-se por capital segurado por mutuário, o resultado da divisão de capital segurado total pelo número de mutuários da operação.

11) ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO

Art. 18. O índice pactuado para a atualização de valores será o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

> **Parágrafo Único.** Caso ocorra a extinção do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), a seguradora adotará como índice substitutivo o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor).

Art. 19. O cálculo da atualização será sempre efetuado com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

Art. 20. Para este produto, não haverá recálculo do capital segurado contratado em função do saldo devedor da obrigação a qual o seguro estará vinculado. O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente anualmente, no mês estabelecido na proposta, apólice e contrato, pelo IPCA, acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização..

> **Parágrafo Único.** A primeira atualização pelo IPCA observará a acumulação proporcional ao número de meses decorridos desde a subscrição.

Art. 21. Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual ou única do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização no caso anual ou da data de pagamento da contribuição, se de forma única.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 22. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 35, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 23. O custeio do seguro será contributário, ou seja, 100% pago pelo segurado.

§ 1º. Sob exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora delegará ao estipulante/subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante/subestipulante não poderá prejudicar o segurado.

§ 2º. É expressamente vedado ao estipulante/subestipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante/subestipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

Art. 24. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente, anualmente, ou de forma única, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão.

§ 1º. No caso de pedido de cancelamento do plano de seguro cujos prêmios foram pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o segurado permanecerá coberto pelo período correspondente ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio já pago.

§ 2º. 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 principal por escrito.

§ 3º. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida no contrato. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja

suspensão das coberturas.

§ 4º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Art. 25. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado e/ou o beneficiário sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

§ 1º. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

§ 2º. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, conforme estabelecido nestas condições gerais.

15) CANCELAMENTO DO SEGURO

Art. 26. No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas e, depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de vencimento da primeira parcela de prêmio devida e não paga, acarretará o cancelamento do seguro, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 1º. Para os prêmios pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o cancelamento do seguro ocorrerá depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento de uma parcela de prêmio devida e não paga, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 2º. A falta de pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas, para a periodicidade de pagamento mensal, também acarretará o cancelamento do

seguro, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Art. 27. O contrato de seguro poderá, ainda, ser rescindido a qualquer tempo durante sua vigência, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Parágrafo único. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 28. A cobertura individual cessa, o que ocorrer primeiro, quando da extinção da dívida ou ao final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado, observada a limitação constante no art. 15 destas condições gerais.

Art. 29. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:

a) automaticamente com o cancelamento da apólice ou término de sua vigência sem renovação;
b) com a quitação antecipada do financiamento;
c) quando o estipulante/subestipulante solicitar a exclusão do segurado da apólice;
d) com a morte do segurado; ou
e) com a invalidez permanente total por acidente do segurado.

17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 30. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Art. 31. Se, ainda, o segurado, o estipulante/subestipulante, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o estipulante / subestipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, 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.

II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

Art. 32. O segurado ou o estipulante/subestipulante é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé.

Art. 33. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da 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 do prêmio cabível.

§ 1º. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

§ 2º. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao estipulante/subestipulante, corrigida pela variação do indexador previsto no plano, além de juros de mora.

18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 34. Os documentos para liquidação de sinistros constam das condições especiais para cada cobertura.

Art. 35. A partir da entrega de toda a documentação básica exigível, listada nas condições especiais das coberturas, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 36. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

Art. 37. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao

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

§ 1º. A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

§ 3º. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Art. 38. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Art. 39. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

Art. 40. A indenização devida e não paga se sujeita a atualização monetária no caso de não cumprimento do prazo disposto no art. 35 e, somente neste caso, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

§ 1º. Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora conforme disposto no art. 22.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 22.

§ 3º. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

Art. 41. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

Art. 42. São obrigações do estipulante/subestipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora;

b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) pagar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;

e) repassar aos segurados todos os avisos e comunicações inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração, discriminando o nome da seguradora responsável pelo risco nesses documentos;

f) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

g) dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;

h) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e

i) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

20) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 43. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 44. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

Art. 45. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no

mínimo, três quartos do grupo segurado.

Parágrafo único. Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante/subestipulante.

Art. 46. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 47. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 48. 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.

Art. 49. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

21) FORO

Art. 50. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no *caput* deste artigo.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao beneficiário, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 2º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 3º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. DOCUMENTOS DO SEGURADO EM CASO DE MORTE NATURAL:

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
b) cópia da carteira de identidade e CPF;
c) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico do segurado, com firma reconhecida;
d) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;
e) contrato de financiamento, promessa de financiamento ou alienação fiduciária;
f) ficha sócio-econômica, no caso de não constar percentual de renda no contrato; e
g) demonstrativo do desenvolvimento do saldo devedor.

II. DOCUMENTOS DO SEGURADO EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
b) cópia da carteira de identidade e CPF;
c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
e) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo

dirigido pelo segurado;

f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

h) contrato de financiamento, promessa de financiamento ou alienação fiduciária;

i) ficha sócio-econômica, no caso de não constar percentual de renda no contrato; e

j) demonstrativo do desenvolvimento do saldo devedor.

III. DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE, INDEPENDENTE DA CAUSA DO SINISTRO:

a) Formulário de Habilitação de Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, quando for o caso;

b) cópia da carteira de identidade do representante legal;

c) cópia autenticada Contrato Social ou Estatuto Social com a Ata de eleição da Diretoria; e

d) cópia autenticada do comprovante de logradouro do estipulante, de concessionária de serviço público (água, luz ou telefone fixo).

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 4º. O beneficiário é o próprio Estipulante/Subestipulante.

§ 1º. É vedada a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade do segurado, salvo se houver alteração do financiador.

§ 2º. Caso exista qualquer diferença a maior entre o capital segurado e o saldo da dívida ou compromisso, esta será pago aos beneficiários designados na proposta de adesão, sendo que na falta de indicação expressa ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por Lei.

§ 3º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão do segurado em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

Art. 2º. Serão consideradas as seguintes perdas de membros ou órgãos no caso de acidente, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento, ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva:

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
	Perda total de ambos os rins	100

§ 1º. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda de mais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100%, devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% do capital segurado.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
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 - de 4 (quatro) centímetros - de 3 (três) centímetros - menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	 15 10 6

§ 2º. 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.

§ 3º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

§ 4º. Com o recebimento da indenização por invalidez total e permanente por acidente, o seguro estará automaticamente cancelado, não havendo mais nada a receber nem da cobertura morte dado o recebimento de 100% do capital segurado.

2) CAPITAL SEGURADO

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente a data do acidente.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 4º. Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

I. DOCUMENTOS DO SEGURADO:

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
b) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
c) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
d) Cópia do Laudo Emitido pelo Médico do Segurado com indicação do CRM;
e) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
f) radiografias, se houver;
g) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
h) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado; E
i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

II. DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE:

a) Formulário de Habilitação de Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, quando for o caso;
b) cópia da carteira de identidade do representante legal;
c) cópia autenticada Contrato Social ou Estatuto Social com a Ata de eleição da Diretoria; e
d) cópia autenticada do comprovante de logradouro do estipulante, de concessionária de serviço público (água, luz ou telefone fixo).

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. O beneficiário é o próprio Estipulante/Subestipulante.

§ 1º. É vedada a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade do segurado, salvo se houver alteração do financiador.

§ 2º. Caso exista qualquer diferença a maior entre o capital segurado e o saldo da dívida ou compromisso, esta será paga ao próprio segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
DO EXCEDENTE TÉCNICO

Art. 1º. Poderão ser concedidos excedentes técnicos, ao estipulante e/ou aos segurados do grupo, com base nos resultados técnicos da apólice e de acordo com o disposto no Contrato, considerando os seguintes elementos a seguir:

I. 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, descontados os prêmios de resseguro cedido e/ou cosseguro cedido;

b) estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;

c) recuperação de sinistro de resseguro e/ou cosseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e

d) estorno da provisão de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anual anterior.

II. São despesas mínimas para os mesmos fins do inciso I:

a) Comissões de corretagem pagas durante o período;
b) Comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
c) Comissões de agenciamento pagas durante o período;
d) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração;
e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
f) Despesas efetivas de administração;
g) Variação da provisão de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR); e
h) impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros.

III. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente pelo indexador do plano, desde:

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

§ 1º. A apuração do resultado técnico será atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado em contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato, observado o disposto no parágrafo 2º.

§ 2º. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos segurados, podendo ainda ser revertido em benefício do grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico. No certificado constará informação de que o segurado tem direito a excedente técnico.

§ 3º. A distribuição dos excedentes técnicos será realizada após o término da vigência da apólice, desde que a mesma seja renovada nesta Seguradora, e depois de pagas todas as faturas de prêmio do período em apuração e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

§ 4º. Só serão concedidos excedentes às apólices que forem renovadas.

SICOOB

Central de Atendimento Sicoob (atendimento 24 horas): 4000 1111 (capitais e regiões metropolitanas) - 0800 642 0000 (demais localidades)
Ouvidoria (de segunda a sexta, das 8h às 20h): 0800 725 0996 - 0800 940 0458 (deficientes auditivos ou de fala) - ouvidoriasicoob.com.br