CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO PRESTAMISTA

SICOOB

SICOOB Seguradora de Vida e Previdência SA
(CNPJ: 26.314.512.0001/16)

SEGURO PRESTAMISTA
Processo SUSEP N°

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização, que corresponde à quitação de uma dívida, ao estipulante ou subestipulantecredor de dívida contraída pelo segurado prestamista, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas**, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as 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, exceção feita ao disposto no art. 8º., 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, observando-se que.

a.1) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal às lesões decorrentes de:

- suicídio, ou a sua tentativa, respeitado o art. 8º.;
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- sequestros e tentativas de sequestros; e
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem

traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

a.2) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- **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; e**
- **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 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 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.**

b) Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

c) Beneficiário: é o credor da dívida ao qual será pago o valor do capital segurado contratado;

d) Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade 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, 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 sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários;

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

l) Credor: aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada;

m) Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada;

n) Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências: 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, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro.

o) Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista;

p) Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais.

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

r) Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

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

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

u) Indenização: valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

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

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

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

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

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

aa) 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;

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

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

ad) Prestamista: é a pessoa física ou jurídica vinculada ao estipulante ou subestipulante, em razão de dívida contraída com o mesmo;

ae) Proponente: o interessado em contratar a cobertura;

af) 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;

ag) 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 uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

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

ai) Saldo Devedor: é o valor total da dívida do prestamista na data de ocorrência do evento coberto por este seguro;

aj) Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

ak) 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.

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

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Poderão ser contratadas 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.

III. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao estipulante em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de morte.

§ 1º. 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.

3.1. Disposições sobre as Coberturas:

Art. 4º. Nos incisos abaixo serão informadas as disposições especiais para as coberturas que poderão ser contratadas, conforme definição do item 3.

I. Morte (M):

a) As indenizações pelas coberturas de morte e invalidez funcional permanente total por doença – antecipação não se acumulam.

II. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

a) 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. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 3º. Para efeito do percentual para contagem, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 4º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

§ 5º. As indenizações por morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente total por acidente.

b) A cobertura de invalidez permanente total por acidente (IPTA) somente poderá ser adquirida se a cobertura de Morte for contratada;

III. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPDA):

a) As condições descrevendo a cobertura de invalidez funcional permanente total por doença – antecipação constam das Condições Especiais anexas a estas Condições Gerais;

b) A cobertura de invalidez funcional permanente total por doença – antecipação (IFPDA) somente poderá ser adquirida se a cobertura de Morte for contratada;

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5º. 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 não declaradas na proposta de adesão;

d) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

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

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

g) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;

h) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal;

i) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentede acidente pessoal; e

j) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente.

Art. 6º. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentaçãohábil, 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. 7º. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6) CARÊNCIAS

Art. 8º. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa, sendo estabelecido no Contrato.

> **§ 1º.** Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.
>
> **§ 2º.** Com a ocorrência de qualquer evento durante o período de carência, serão devolvidos ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), os prêmios puros do seguro atualizados pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento dos prêmios e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 22.
>
> **§ 3º. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do Plano.**
>
> **§ 4º.** Com exceção do caso da carência para o suicídio, não poderá ser estipulado prazo de carência superior à metade da vigência constante do certificado.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

Art. 10º. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, bem

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

§ 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.

§ 2º. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a seguradora solicitar a apresentação de novosdocumentos para análise dos riscos, o que poderá ocorrer somente uma única vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega dos mesmos.

§ 3º. 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.

§ 4º. Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de proposta.

Art. 11. Quando o prestamista for pessoa jurídica, será considerado componente do grupo segurado o sócio majoritário. Em caso de caso de participações iguais entre os sócios majoritários, o Segurado será o sócio mais velho e, havendo igualdade de datas de nascimento entre os sócios mais velhos, será considerado àquele definido pelo estipulante/subestipulante.

§ 1º. A pessoa jurídica adquirente de dívida ou compromisso, desde que se manifeste expressamente, poderá determinar por ocasião da contratação do seguro, que a qualificação de prestamista Segurado recaia sobre todos os sócios acionistas, com capital proporcional a participação acionária de cada um, desde que satisfaça as condições de inclusão aqui apresentadas,

inclusive quanto ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, se for o caso.

§ 2º. No caso do disposto no § 1º., o capital segurado obedecerá a mesma proporcionalidade da participação acionária de cada sócio acionista que será expresso em seu certificado individual e, no caso de falecimento de umdos sócios acionistas, o seguro quitará parte da dívida, correspondente a participação acionária do sócio acionista falecido, permanecendo no seguro os demais sobreviventes com seus respectivos capitais segurados.

Art. 12. Em caso de aquisição de dívida ou financiamento, onde a renda for composta por mais de uma pessoa física, as coberturas do seguro serão para todos os componentes da renda, desde que satisfeitas todas as condições aqui previstas, inclusive quanto ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúdepor cada componente da renda.

§ 1º. O Capital Segurado corresponderá ao percentual de participação de cada componente da renda que será expresso em seu certificado individual.

§ 2º. No caso de falecimento de um dos componentes da renda, o seguro quitará parte da dívida, correspondente ao percentual do componente da renda falecido, permanecendo no seguro os demais sobreviventes com seus respectivos Valores Garantidos.

Art. 13. A cada segurado incluído no seguro 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. 14. Caso as propostas tenham sido recepcionadas pela Seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) 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.

> **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 a partir da data de recepção da proposta.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 15. A vigência do seguro constará da apólice e do contrato, 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.** Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.
>
> **§ 2º.** 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.
>
> **§ 3º.** Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.
>
> **§ 4º.** A renovação da apólice que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.
>
> **§ 5º.** 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. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dossinistros, será considerado como data do evento:

a) na coberturas de morte, a data do falecimento;

b) na cobertura de invalidez permanente total por acidente, a data do acidente;

c) na cobertura de invalidez funcional permanente total por doença – antecipação (IFPDA), a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Art. 17. A cobertura de invalidez funcional permanente total por doença – antecipação (IFPDA) deverá ter o mesmo valor da cobertura de morte

Art. 18. O capital segurado será necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste, o que também refletirá na alteração nos valores de prêmio.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO

Art. 19. A cada recálculo do capital segurado para acompanhar o saldo devedor da dívida do prestamista, o capital segurado e os prêmios correspondentes também serão atualizados de acordo com a atualização da dívida contraída pelo segurado prestamista.

Art. 20. A periodicidade de alteração do valor da obrigação e, consequentemente, de atualização dos valores de capital segurado e prêmio constarão no contrato do seguro.

Art. 21. O valor dos prêmios será recalculado periodicamente para adaptar o risco atingido pelo grupo de segurados, podendo a Seguradora alterar a taxa, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro eeconômico, na forma da lei.

§ 1º. As taxas adotadas no plano, bem como os critérios técnicos e as datas de recálculo, constarão da apólice.

§ 2º. Quando ocorrerem modificações substanciais na composição do grupo, a Seguradora recalculará as novas taxas.

§ 3º. As reavaliações dispostas no caput e no § 2º. deverão ser realizadas por endosso à apólice, observando-se que a modificação da

apólice em vigor que implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ do grupo segurado.

§ 4º. 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.

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. 33, 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 pode ser:

a) contributário, em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente; ou

b) não contributário, em que os Segurados não pagam prêmio.

Art. 24. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, 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. Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no Contrato.

§ 3º. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não poderá prejudicar o Segurado.

§ 4º. É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

§ 5º. 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.

§ 6º. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida nas 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.

§ 7º. 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 depagamento.

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 seus beneficiários 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 90 (noventa) dias, 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 o estipulante retomar 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, acarretará o cancelamento do seguro, nãoproduzindo 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 detranscorrido o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data do vencimento do prêmio devido e não pago, 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 deprêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 3º. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

§ 4º. 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.

§ 5º. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela

seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

§ 6º. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 27. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observada à limitação constante no art. 15 destas Condições Gerais.

Art. 28. O segurado é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé.

Art. 29. A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato.

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

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

Art. 30. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, ascoberturas do segurado cessam, ainda:

a) automaticamente com o cancelamento da apólice;
b) quando o segurado solicitar a sua exclusão da apólice;
c) com a extinção da dívida;
d) com a ocorrência de qualquer um dos eventos geradores passíveis de indenização;
e) quando for decretada a concordata/falência do segurado (pessoa jurídica), observado o disposto nestas Condições Gerais.

17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 31. Se o segurado, 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 segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

II. na hipótese de ocorrência de sinistro 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.

18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 32. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar o sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
b) cópia da carteira de identidade e CPF;
c) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;
d) cópia do contrato de financiamento e o demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado;

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

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;
d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
e) cópia autenticada 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) cópia do contrato de financiamento e o demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado;

III. EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE:

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
b) cópia do comprovante de residência;
c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido pelo segurado;
d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
e) Relatório de Aviso de Alta Médica;
f) Laudo Oftalmológico, se necessário;
g) radiografias, se houver;
h) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
i) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado; e
k) cópia do contrato de financiamento e o demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado.

IV. EM CASO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA:

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
b) cópia do comprovante de residência;
c) Formulário Aviso de Sinistro preenchido pelo segurado;
d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

e) Laudo ou Declaração Médica de Invalidez por Doença, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
f) Laudos médicos e resultados de exames;
g) Laudo Oftalmológico, se necessário; e
h) cópia do contrato de financiamento e o demonstrativo do saldo devedor do prestamista sinistrado.

Art. 33. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada no art. 32, por parte do Segurado ou Beneficiários, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 34. 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 forem completamente atendidas as exigências.

Art. 35. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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 sociedade 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 sociedade 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. 36. A indenização devida e não paga se sujeita a atualização monetária no caso de não cumprimento do prazo disposto no art. 33 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.

19) BENEFICIÁRIOS

Art. 37. Ocorrendo o evento gerador, após o recebimento de toda a documentação e, estando coberto o sinistro, a seguradora pagará o capital segurado correspondente ao estipulante/subestipulante, credor da dívida, no valor do saldo devedor apurado no momento do sinistro.

20) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

Art. 38. São obrigações do estipulante/subestipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo os dados cadastrais dos proponentes;

b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente, além de enviar à seguradora relações mensais dos segurados que anteciparem o pagamento de prestações, falecerem, liquidarem o débito, atrasarem o pagamento das prestações, ou tiverem por qualquer forma os valores de seus seguros alterados;

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

d) discriminar o valor do prêmio de seguro no documento de cobrança, bem como a seguradora responsável pelo risco;

e) repassar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) 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;

g) 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 suaresponsabilidade;

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

i) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado;

j) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e

k) informar o nome da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, em caso de cosseguro, em qualquer material promocional ou propaganda de seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao seu.

21) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 39. O segurado deverá declarar, na proposta de adesão à existência de quaisquer outros seguros prestamistas em seu nome

Art. 40. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

Art. 41. 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. 42. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de Segurados que representem 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.

Art. 43. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 44. 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. 45. 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. 46. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

Art. 47. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 48. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

22) FORO

Art. 49. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade 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

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO

1. DO OBJETIVO

Art. 1º. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento ao estipulante/subestipulante credor, para quitação de dívida, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item ***Dos Riscos Cobertos*, destas Condições Especiais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item *Do Cancelamento do Seguro* e as constantes das Condições Gerais.**

2. DA COBERTURA

Art. 2º. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item ***Da Liquidação do Sinistro***, observado também o disposto nas Condições Gerais.

2.1 DOS RISCOS COBERTOS

Art. 3º. Considera-se como Risco Coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

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

e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- 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:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.2. Dos Demais Riscos Cobertos

Art. 4º. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Art. 5º. 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).

> **§ 1º.** O 1° 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.
>
> **§ 2º.** Para a classificação no 2° ou no 3° Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
>
> **§ 3º.** Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
>
> **§ 4º.** O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
>
> **§ 5º.** Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3. Dos Riscos Excluídos

Art. 6º. Além dos riscos mencionados no item *Dos Riscos Excluídos,* constante 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 Autonômicas 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; e**

b) as doenças cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos;

4. DA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

4. 1. DOS DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DO SINISTRO

Art. 7º. Através do formulário denominado Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.

Parágrafo único. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).

Art. 8º. Da Declaração Médica deverão constar 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***.

Art. 9º. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
b) cópia do comprovante de residência;
c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
d) Formulário Declaração Médica de Invalidez por Doença, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
e) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
f) Relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

g) 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.

§ 1º. Fica facultado à Sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação;

§ 2º. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

4.2. Da Data do Sinistro

Art. 10. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

Parágrafo único. 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.

4.3. Do Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

Art. 11. 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.

Art. 12. A Sociedade Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4.4. Da Junta Médica

Art. 13. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Sociedade 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.

> **§ 1º.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade 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 Sociedade 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.

4.5. DAS DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

Art. 14. 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 Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

5. DA FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Art. 15. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Sociedade Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único ou renda certa, conforme disposto em contrato.

6. DO CANCELAMENTO DO SEGURO

Art. 16. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação dacobertura de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de

pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Parágrafo único. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

ANEXO ÀS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: **O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.**	**00**
	2º GRAU: **O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE 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	1° 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**
	2° 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**
	3° 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**

CONECTIVIDAD E DO SEGURADO COM A VIDA	1° 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**
	2° 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**

	3° 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 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 SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	**08**

GLOSSARIO DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

a) Agravo Mórbido: Piora de uma doença;

b) 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;

c) Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;

d) Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

e) Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

f) Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

g) Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”;

h) Cognição: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc;

i) Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;

j) Consumpção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;

k) Dados Antropométricos: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado;

l) Deambular: Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor;

m) 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;

n) Deficiência Visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;

o) Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;

p) Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;

q) Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

r) Doença Crônica de Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;

s) Doença do Trabalho: Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexocausal);

t) 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;

u) 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;

v) Doença Profissional: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão;

w) Estados Conexos: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo;

x) Etiologia: Causa de cada doença;

y) Fatores de Risco e Morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

z) Hígido: Saudável;

aa) Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;

ab) Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

ac) Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

ad) Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

ae) Refratariedade Terapêutica: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;

af) Relações Existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

ag) Sentido de Orientação: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;

ah) Sequela: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença;

ai) Transferência Corporal: Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio;

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;
a) estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
b) recuperação de sinistro de resseguro e/ou cosseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e
c) 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 de vigência da apólice, até a data da distribuição do

excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, livremente convencionado.

§ 2º. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos segurados e, nestes casos, será incluído no certificado individual, informação de que o segurado tem direito a excedente técnico.

§ 3º. A distribuição de excedentes técnicos será realizada após término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, 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