

Condições Gerais Prestamista Capital Segurado Fixo



SICOOB

Sicoob Seguradora de Vida e Previdência S.A

(CNPJ: 26.314.512.0001/16)

SEGURO PRESTAMISTA

Processo SUSEP Nº 15414.901213/2016-31

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 subestipulante credor 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 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.
- b) **Agravamento do Risco:** é a alteração nas circunstâncias originalmente declaradas pelo Segurado e que possa tornar o risco assumido mais elevado, influenciando de forma relevante a probabilidade de ocorrência do evento coberto ou a severidade de suas consequências.
- c) **Apólice:** documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.
- d) **Beneficiário:** é o credor da dívida ao qual será pago o valor do capital segurado contratado;
- e) **Canais Oficiais para Comunicação de Sinistro:** são os meios formais instituídos e divulgados pela Seguradora para aviso de sinistro, tais como centrais de atendimento, endereços eletrônicos institucionais e demais canais oficialmente comunicados ao segurado, estipulante ou beneficiário. A relação atualizada de canais será informada pela Seguradora por meio de materiais contratuais ou comunicados oficiais;
- f) **Capital Segurado:** valor contratado a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;
- g) **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- h) **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora;
- i) **Coberturas:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- j) **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;
- k) **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

- l) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários;
- m) **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;
- n) **Credor:** aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada;
- o) **Devedor:** aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada;
- p) **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.
- q) **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;
- r) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais.
- s) **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período;
- t) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
- u) **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;
- v) **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva
- w) **Indenização:** valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- x) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;
- y) **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;**

- z) Meio Idôneo:** aquele tecnicamente apto a comprovar o envio e recebimento da informação, constituindo evidência válida para auditoria, controle e prova contratual.
- aa) Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- bb) 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;
- cc) Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- dd) 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;
- ee) Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- ff) Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- gg) Prestamista:** é a pessoa física ou jurídica vinculada ao estipulante ou subestipulante, em razão de dívida contraída com o mesmo;
- hh) Prontamente:** sem atraso injustificado, dentro do prazo previsto nesta condição contratual ou, quando não houver prazo expresso, dentro de até 5 (cinco) dias úteis da ciência do fato.
- ii) Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- jj) 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;
- kk) 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;
- ll) Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo plano;
- mm) Saldo Devedor:** é o valor total da dívida do prestamista na data de ocorrência do evento coberto por este seguro;
- nn) Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

oo) 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.

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

qq) Suicídio Voluntário: ato intencional de causar a própria morte, praticado pelo segurado, cuja cobertura está sujeita ao período de carência previsto na legislação vigente.

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.

§ 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
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10

- de 3 (três) centímetros -menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	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.

b) A cobertura de invalidez permanente total por acidente (IPTA) 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, tufões, ciclones, tornados, terremotos, deslizamentos de terra, maremotos, tsunamis,

enchentes, inundações, erupções vulcânicas, ondas de calor e frio extremo, tempestades elétricas, tempestades de areia, secas severas, impacto de meteoros e tempestades solares);

- 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 decorrente de 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 documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

Parágrafo único. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

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 suspensão, sendo estabelecido no Contrato.

§ 1º. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário antes de completados 2 (dois) anos de vigência da cobertura, aplicando-se a carência prevista na legislação vigente.

§ 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.

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 com a documentação necessária, a Seguradora terá o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias para analisá-la e comunicar ao proponente a sua aceitação ou recusa.

§ 2º. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco e a Sicoob Seguradora tem o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela Sicoob Seguradora no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente.

§ 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.

§ 5º. Verificada a existência de informações inexatas, omissões ou circunstâncias relevantes não declaradas que, se conhecidas à época da contratação, tornariam o risco tecnicamente inaceitável ou fora do escopo usual de subscrição da seguradora, esta poderá promover a extinção do contrato, observadas as disposições da legislação aplicável ao contrato de seguro.

Art. 11. Quando o prestamista for pessoa jurídica, integrarão o grupo segurado:

- a) o sócio majoritário, quando adotado o modelo de cobertura individual; ou
- b) todos os sócios, proporcionalmente à respectiva participação no capital social, quando adotado o modelo de cobertura proporcional.

O modelo aplicável será definido conforme os parâmetros estabelecidos pela estipulante.

§ 1º. No modelo de cobertura pelo critério majoritário, havendo igualdade de participação entre sócios majoritários, será considerado segurado o sócio mais velho. Persistindo a igualdade de datas de nascimento, caberá à estipulante ou subestipulante indicar o segurado.

§ 2º. Quando adotado o modelo de cobertura proporcional, os sócios serão considerados seguráveis na exata proporção de sua participação no capital social da pessoa jurídica.

§ 3º. No caso do disposto no § 2º, 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 um dos 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.

§ 4º. Em caso de alterações societárias ocorridas durante a vigência do seguro, caberá à pessoa jurídica contratante, por intermédio do estipulante/subestipulante, informar formalmente a Seguradora, responsabilizando-se pela atualização cadastral e pela apresentação dos documentos necessários à análise e aceitação do risco do novo sócio, quando aplicável. A inclusão estará sujeita à análise da Seguradora, podendo ser recusada conforme critérios de subscrição vigentes. Em nenhuma hipótese será considerado segurado aquele que não possua vínculo societário formal comprovado. Na ocorrência de sinistro, constatada divergência ou desatualização das informações societárias, a Seguradora poderá proceder à atualização com base na documentação válida, observados os critérios de aceitação, limites de capital segurado e idade vigentes à época da alteração.

Art. 12. 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;
 - IV. remuneração do estipulante e do subestipulante, quando for o caso;
 - V. 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.”

§ 1º. A Seguradora disponibilizará ao contratante e aos segurados, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data de aceitação da proposta, o Certificado Individual ou outro documento probatório do contrato, em meio físico ou eletrônico, contendo as informações previstas neste artigo, conforme legislação vigente.

§ 2º. 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 (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.

§ 1º. Nos casos em que houver débito do prêmio no momento da formalização da proposta, o proponente fará jus à cobertura provisória, limitada às coberturas contratadas, pelo período compreendido entre a data do débito do prêmio e a data de comunicação da aceitação ou da recusa da proposta pela Seguradora, observado o prazo legal para análise.

§ 2º. A concessão da cobertura provisória não implica aceitação definitiva da proposta, que poderá ser recusada pela Seguradora conforme legislação vigente.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 14. A vigência do seguro constará da apólice e do contrato, sendo determinada e vinculada ao período definido pela Cédula de Crédito Bancário (CCB) ou termo de adesão.

10) CAPITAL SEGURO

Art. 15. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, 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.

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

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO

Art. 17. Para este produto, não haverá recálculo do capital segurado contratado em função do saldo devedor da obrigação a qual o seguro estará vinculado.

Art. 18. O valor dos prêmios poderá ser 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 e econômico, 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, $\frac{3}{4}$ 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. 19. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 2% (dois por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 30, 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. 20. 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. 21. Os prêmios serão pagos mensalmente ou de forma única, à vista, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão.

§ 1º. No caso de pedido de cancelamento do plano de seguro cujos prêmios foram pagos à vista, o segurado terá o direito à restituição do valor proporcional, referente ao período a decorrer.

§ 2º. Os prêmios do seguro serão pagos via débito em conta corrente, 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. A cobertura somente será devida após o pagamento do prêmio, **exceto nos casos de cobertura provisória**, quando houver débito do prêmio no momento da formalização da proposta, hipótese em que serão aplicadas as regras específicas previstas nessas Condições Gerais. O pagamento realizado no primeiro dia útil subsequente ao vencimento, quando este recair em final de semana ou feriado bancário, não acarretará suspensão de cobertura.

§ 6º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o débito efetuado em conta bancária.

14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Art. 22. 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. 23. No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas, 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. Decorrido o prazo previsto neste artigo sem a devida regularização, o seguro será cancelado, permanecendo aplicáveis, até então, as disposições relativas à suspensão das coberturas por inadimplência.

§ 2º. 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.

§ 3º. O contrato de seguro poderá ser rescindido durante sua vigência, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, os quais serão informados sobre as condições e a data de efetivação da rescisão. A rescisão bilateral não prejudicará os direitos relativos aos eventos cobertos ocorridos até a data de sua efetivação.

§ 4º. As apólices não poderão ser canceladas unilateralmente durante a vigência pela seguradora, inclusive sob a alegação de alteração da natureza dos riscos, salvo nas hipóteses previstas por lei.

§ 5º. Em caso de extinção antecipada da obrigação que deu origem ao seguro, a cobertura será encerrada a partir da data da comunicação formal do subestipulante ou segurado à Seguradora, com a devolução proporcional do prêmio relativo ao período a decorrer, quando aplicável.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 24. 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. 25. 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. 26. 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. 27. 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) quando o segurado solicitar a sua exclusão da apólice;
- c) quando o estipulante/subestipulante solicitar a exclusão do segurado da apólice;
- d) com a extinção da dívida e/ou a quitação antecipada do financiamento;
- e) com a ocorrência de qualquer um dos eventos geradores passíveis de indenização;
- f) quando for decretada a concordata/falência do segurado (pessoa jurídica), observado o disposto nestas Condições Gerais.

17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 28. 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. 29. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar o sinistro à Seguradora, por meio dos canais oficiais para a comunicação 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 ou CNH;
- c)** Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- d)** documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;
- e)** cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- a)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado por meio idôneo;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF ou CNH;
- c)** cópia do comprovante de residência, expedido nos últimos 180 dias;
- d)** cópia autenticada da certidão de casamento ou declaração de união estável;
- e)** declaração de nascimento, no caso de filho;
- f)** Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- g)** Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF ou CNH;
- c)** Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- 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 autenticada do laudo da perícia técnica do local do acidente, se houver;
- i)** cópia da certidão de casamento com averbação do óbito;
- j)** prontuário do atendimento médico;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- a)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado por meio idôneo;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF ou CNH;
- c)** cópia do comprovante de residência, expedido nos últimos 180 dias;
- d)** cópia autenticada da certidão de casamento ou declaração de união estável;
- e)** declaração de nascimento, no caso de filho;
- f)** Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- g)** Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

III. EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia da carteira de identidade com foto e CPF ou CNH;
- b) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- c) cópia do comprovante de residência, expedido nos últimos 180 dias;
- d) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- e) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- f) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- g) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido e assinado por um meio idôneo;
- h) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- i) radiografias, se houver;
- j) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado; e
- l) cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica do local do acidente, se houver.

Art. 30. 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. 31. 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, esclarecimentos, bem como a realização de exames ou avaliações periciais 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, conforme critérios estabelecidos na Lei 15.040/2024, ou outra que venha a substituí-la, observando-se o marco inicial e demais critérios nela previstos.

Art. 32. 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. 33. 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. 19.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 19.

§ 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. 34. 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, até o saldo devedor e, se o saldo devedor for menor que o capital segurado, a diferença será paga ao próprio segurado, no caso de invalidez total e permanente por acidente ou aos beneficiários indicados na proposta de adesão, no caso de morte do segurado.

§ 1º. Os beneficiários indicados para recebimento da diferença entre o capital segurado e o saldo devedor da dívida podem ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

§ 2º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 3º. Na falta de beneficiário indicado para recebimento da diferença entre o capital segurado e o saldo devedor da dívida, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo ainda observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

Art. 35. 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 sua responsabilidade;
- 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. 36. O segurado deverá declarar, na proposta de adesão à existência de quaisquer outros seguros prestamistas em seu nome

Art. 37. 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. 38. 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. 39. 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. 40. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 41. 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. 42. 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. 43. As pretensões decorrentes deste contrato de seguro prescrevem nos prazos e condições estabelecidos na legislação aplicável ao contrato de seguro, especialmente conforme disposto na Lei nº 15.040/2024, ou outra que venha a substituí-la, observando-se o marco inicial e demais critérios nela previstos.

Art. 44. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 45. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Art. 46. O Sicoob Seguradora de Vida e Previdência S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes, cumprindo todas as legislações aplicáveis, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). Caso o titular dos dados pessoais tenha interesse em obter mais informações sobre como os seus dados serão tratados pelo Sicoob Seguradora, ele poderá consultar nossa Política de Privacidade, disponível em <https://www.sicoob.com.br/web/sicoob/lgpd-privacidade>

22) FORO

Art. 47. 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.

23) NULIDADE DO CONTRATO

Art. 48. O presente contrato será nulo se, no momento de sua contratação, qualquer das partes souber que o risco segurado é impossível ou já ocorreu.

Parágrafo único. A parte que sabia dessa condição e, mesmo assim, celebrou o contrato, deverá pagar à outra o valor equivalente ao dobro do prêmio, conforme legislação vigente.

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 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.



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