



SEGURO PRESTAMISTA CP IMÓVEL

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro Prestamista CP Imóvel

Condições Gerais

PROCESSO SUSEP Nº 15414.901218/2018-26
CNPJ: 87.376.109/0001-06

ÍNDICE

- 1.** | DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO
Pág. 6

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., designada Seguradora, e o Estipulante contratam o **Seguro Prestamista**, nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO

A

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

a. incluem-se nesse conceito:

- a.1. o suicídio, ou a tentativa de suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b. excluem-se desse conceito:

- b.1. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3. 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 Esforço Repetitivo – 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
- b.4. 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, definido em acidente pessoal.

Aditivo: é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do seguro. Uma vez anexado às condições do seguro, o aditivo prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Agravação de Risco: são circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado e, dessa forma, indicam um aumento de taxa ou alteração das condições normais do seguro.

Apólice de Seguro: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante do seguro.

Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor do capital Segurado, na hipótese de ocorrência do sinistro com regular cobertura nas condições firmadas para o seguro.

C

Capital Segurado: é o valor máximo para a cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora na ocorrência de um evento coberto.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do certificado individual ou do aumento do capital, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas, exceto as garantias de acidente pessoal.

Certificado Individual de Seguro: é o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital Segurado ou prêmio. Este documento contém informações particulares do seguro, coberturas contratadas, capitais Segurados, prêmios, vigência e Beneficiários.

Coberturas do Seguro: são as garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, definidas nas condições especiais. As coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente das condições contratuais do seguro.

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das condições gerais e especiais, do contrato, da apólice, do endosso, do aditivo, da proposta de contratação, da proposta de adesão e do certificado individual de seguro.

Condições Especiais: é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados, e dos Beneficiários.

Contrato: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

Corretor de Seguros: é o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a Lei nº 4.594/2164 e no Decreto-lei nº 73/2166. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no [site www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

Credor: aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

D

Data do Evento: data da ocorrência do evento/risco coberto.

Declaração Pessoal de Saúde: é o documento integrante da Proposta de Adesão, contendo informações prestadas por escrito pelo Proponente e que diz respeito às suas condições de saúde atuais e pregressas, que serão consideradas pela Seguradora na avaliação da aceitação do seguro.

Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

Doenças, Lesões, Sequelas e Acidentes preexistentes: são as doenças ou lesões inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro e de seu conhecimento, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer alteração evidente do seu estado de saúde, e não declaradas na proposta de adesão e declaração pessoal de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.

Dolo: é o emprego de qualquer sugestão ou artifício com a intenção ou consciência de induzir ou manter o outro em erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo premeditado, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

E

Emolumentos: é o custo de Apólice, adicional de fracionamento do Prêmio e IOF.

Endosso: é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do seguro, tal como modificação de dados, sem contudo, alterar a cobertura básica do mesmo. Uma vez anexado às condições do seguro, o endosso prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

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 regulamentação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou devedor nas operações do seguro prestamista.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nestas condições gerais do seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

F

Franquia: é o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

G

Garantias: é a designação genérica utilizada para designar as responsabilidades pelos riscos assumidos pela Seguradora, também empregada como sinônimo de cobertura.

Grupo Segurado: é a totalidade dos componentes do grupo segurável que foi efetivamente aceita e incluída na apólice de seguro.

Grupo Segurável: é o conjunto de pessoas homogêneo em relação a uma ou mais características, que mantém característica de responsabilidade de pagamento de obrigação contraído junto à Estipulante.

I

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto, limitada ao valor do capital Segurado contratado.

L

Limite Máximo de Capital Segurado Contratado: é o valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora em cada apólice de seguro, por evento ou série de eventos.

Limite Máximo de Indenização por Cobertura: estabelece para cada cobertura contratada em uma mesma apólice, um distinto limite máximo de responsabilidade por parte da Seguradora, sendo que esses limites são independentes, não se somando nem se comunicando.

Limite Máximo de Responsabilidade e Aceitação: é o valor máximo que a seguradora poderá aceitar em um risco isolado, definido nas Condições Particulares do Seguro.

Liquidação de Sinistro: é o pagamento, se devido, do Limite Máximo de Capital Segurado Contratado.

M

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da Medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica, ou ainda, que residam sob o mesmo teto.**

O

Obrigaçãõ: 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.

P

Parcela: corresponde ao valor pago ou a ser pago pelo Segurado ao Estipulante e com periodicidade definida, para amortização da obrigação assumida em razão do contrato prévio firmado com o Estipulante.

Parcelas Vencidas: são as parcelas com data de vencimento anterior à data de ocorrência do sinistro ou com vencimento durante o período da franquia.

Parcelas Vincendas: são as parcelas com data de vencimento posterior à data de ocorrência do sinistro.

Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora para custeio do seguro, em contraprestação às coberturas contratadas.

Prescrição: é a perda da pretensão para exercer um determinado direito de ação para reclamar direitos, obrigações, extinção das obrigações previstas no Contrato de Seguro, em razão do transcurso dos prazos previstos em lei.

Proponente: é a pessoa física ou jurídica cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Adesão: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa, física ou eletronicamente (por meio de login e senha, ou certificado digital, ou outro meio remoto), a intenção de contratar as coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.

Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa jurídica, expressa a intenção de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.

R

Regulação de Sinistro: é o processo interno da Seguradora para constatação de um evento coberto pelo seguro.

Renovação: é o reestabelecimento ou a continuidade da cobertura de um seguro, geralmente por meio da emissão de nova apólice, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente ou sob novas condições. Neste último caso, sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

Repartição Simples: é o regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros. Todos os prêmios pagos pelos Segurados de um mesmo plano, em determinado período, destinam-se ao custeio de indenizações a serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período, uma vez que o prêmio cobrado é calculado de forma que corresponda à importância necessária para cobrir o valor das indenizações relativas aos sinistros esperados, é o chamado "regime de caixa". Não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

Risco: é o evento incerto ou com data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra qual é feito o Seguro. É a expectativa do Sinistro.

Risco coberto: é um evento incerto, aleatório, possível, concreto, lícito e fortuito, causador de dano material ou corporal que gere um prejuízo ou uma necessidade econômica, que não esteja expressamente indicado como Risco Excluído e que não se enquadre em uma das hipóteses de perda do direito à cobertura do seguro, o qual será assumido pela Seguradora mediante o pagamento do prêmio por parte do Segurado, desde que previsto nas condições contratuais do seguro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas condições gerais e especiais do seguro, que não serão cobertos pelo seguro.

S

Saldo Devedor: é o valor presente nas parcelas vencidas e vincendas da obrigação contratada pelo Devedor junto ao Credor, apurado na data do sinistro, acrescido da taxa de juros contratual, eventuais multas e correção monetária, respeitado o capital segurado contratado estabelecido no certificado individual e no contrato de seguro.

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

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal e que garante os riscos especificados no contrato de seguro. Aqui, a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., CNPJ: 87.376.109/0001-06 e Registro Susep nº 0507-0.

Seguro: é o contrato pelo qual, mediante o recebimento do Prêmio, a Seguradora garante os interesses do Segurado contra a realização dos Riscos predeterminados na Apólice.

Sinistro: é a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro, que gera ao Segurado ou ao Beneficiário o direito ao recebimento do capital segurado contratado, desde que atendidas as demais disposições das condições gerais, das especiais e das demais condições contratuais.

Susep: é a 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.

V

Vigência: é o prazo de duração do seguro contratado e das coberturas contratadas.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo amortizar, total ou parcialmente, o valor da obrigação financeira assumida pelo Segurado oriunda da operação de crédito contratada junto ao Estipulante, no caso de ocorrência de sinistro coberto nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado, **exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais, das condições especiais e do contrato de seguro.**

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas deste seguro mencionadas abaixo não poderão ser contratadas isoladamente:

3.1.1. Coberturas

Morte e Invalidez Total e Permanente (MIP)

3.2. A definição das coberturas acima, seu objetivo, riscos excluídos, capital segurado e demais disposições estão determinados nas condições especiais correspondentes às respectivas coberturas.

3.3. As coberturas contratadas pelo Estipulante constarão das demais condições contratuais do seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro, e, portanto, a Seguradora não indenizará os eventos ocorridos em consequência:

- a) de lesões, acidentes, sequelas ou doenças preexistentes à inclusão do Segurado no presente seguro, não declarados na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado;
- b) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente;
- c) da prática, por parte do Segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;
- d) de suicídio ou a tentativa de suicídio, se ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro;
- e) 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 ionizantes;
- f) de atos ou operação de guerra, declarada ou não, da guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se consequente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- g) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h) de consequentes inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;
- i) de epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem, assim declaradas por órgão público competente;

- j) dos danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes (caso dos seguros contratados por pessoas jurídicas);
- k) de invalidez temporária do Segurado, despesas médicas, diárias hospitalares em geral, encargos de farmácia, honorários para intervenções cirúrgicas, despesas de remoção e correlatas;
- l) de danos estéticos ou evento que tenha relação com cirurgias plásticas, tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em qualquer modalidade, exceto obesidade classificada como mórbida;
- m) de tratamentos experimentais ou tratamentos não reconhecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde;
- n) de uso de remédios e/ou substâncias experimentais ou não reconhecidas pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para tratamento de doença ou acidente de qualquer natureza;
- o) de automutilação;
- p) de morte e invalidez permanente laborativa ou funcional resultante, direta ou indiretamente, de acidente ocorrido antes da vigência do Seguro Individual e da assinatura do contrato de financiamento do imóvel, de conhecimento do segurado e não declarada na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade;
- q) de invalidez total e permanente decorrente do exercício, por parte do segurado, de atividades ilícitas ou em empresas clandestinas; e
- r) dos financiamentos concedidos a pessoas jurídicas e/ou a pessoas físicas, na qualidade de empresários da construção civil, que o contratam para a construção e consequente venda de imóveis.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

5.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

5.2. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da Seguradora.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Poderão ser aplicadas franquias ou carências nas coberturas contratadas, cujos prazos serão detalhados nas condições contratuais do seguro.

6.2. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

6.3. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não será aplicada carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos, contados, ininterruptamente, da data de adesão ao seguro, ou na data de sua recondução depois de suspenso, conforme disposições do Código Civil, ou ainda, na data do aumento do capital segurado (ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento).

6.4. O período de carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde ou por exame médico.

7. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO

7.1. 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.

7.2. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.

7.3 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.4. A contratação do seguro se formalizará após a aceitação pela Seguradora da proposta de adesão devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, após conhecimento das condições contratuais do seguro e as demais informações definidas pelas disposições legais e regulamentares em vigor.

7.5. O proponente individual poderá ser incluído no seguro mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, por meio físico ou por meio remoto de login e senha, ou por certificação digital, formalizada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros, bem como após a entrega de todos os documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

7.5.1. A Seguradora fornecerá ao proponente individual, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, o protocolo de recebimento da proposta de adesão, contendo a data e hora do recebimento da mesma.

7.5.2. Para adesão ao seguro por meio remoto é necessário que o proponente individual esteja cadastrado previamente em ambiente seguro, fornecido pelo Estipulante.

7.6. Para aceitação no seguro o proponente individual deverá atender aos critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

7.6.1. Os critérios de aceitação estarão à disposição do Estipulante e do proponente individual previamente a contratação e constarão das condições contratuais do seguro.

7.7. Após a aceitação do seguro pela Seguradora, o proponente individual passará à condição de Segurado.

7.8. A partir do recebimento da proposta de adesão pela Seguradora, iniciar-se-á o prazo de 15 (quinze) dias para a Seguradora manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta.

7.8.1. O simples recebimento do prêmio de seguro não implica aceitação do seguro por parte da Seguradora.

7.8.2. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para aceitação do seguro. A solicitação de documentos complementares para a análise e a aceitação do risco poderá ser efetuada uma única vez, durante o prazo previsto no item **7.8**.

7.8.3. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no item **7.8** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação à Seguradora.

7.8.4. A cada Segurado incluído no seguro, a cada renovação e alteração no seguro, será enviado um certificado individual de seguro. O prazo para emissão do certificado individual de seguro é de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de aceitação da proposta de adesão.

7.8.5. Caso ocorra algum evento coberto durante o prazo previsto no item **7.8** estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da Seguradora, a indenização devida será paga.

7.9. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a Seguradora deverá, no prazo de 15 (quinze) dias, comunicar por escrito ao proponente individual, ao seu representante ou ao seu corretor de seguros, justificando a recusa. O seguro estará automaticamente aceito caso a Seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão por escrito ao proponente individual, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros no prazo previsto no item **7.8**.

7.9.1. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente individual, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente individual terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta de adesão com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.10. Na contratação do seguro, o proponente individual poderá em até 7 (sete) dias corridos da data de formalização da proposta de adesão, desistir da sua contratação, mediante formalização por escrito entregue à Seguradora ou por meio remoto disponibilizado para tal fim.

7.10.1. Nesta hipótese, serão devolvidos todos os valores relativos ao prêmio pago, corrigido conforme item 19.

7.11. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo/endorosso à apólice/certificado de seguros, com a concordância expressa e escrita do Estipulante/Subestipulante ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

8. VIGÊNCIA DO SEGURO

8.1. O seguro individual vigorará pelo prazo de contrato previamente acordado para quitação da obrigação assumida com o estipulante, sendo que **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.**

8.1.1. A Apólice Mestre vigorará pelo prazo de 01 (um) ano, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas nas Condições Particulares.

8.1.2. O seguro vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida, respectivamente, na proposta de contratação, no contrato, na apólice, e nos endossos (se houverem).

8.2. Para os proponentes individuais que vierem a aderir ao seguro, a vigência do seguro terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

8.2.1. Para as propostas de adesão recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.2.2. As propostas de adesão recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência do seguro a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

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

8.4. Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, o Estipulante deverá comunicar formalmente à Seguradora por meio dos canais disponíveis, estando ciente de que:

8.4.1. caso haja redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente; e

8.4.2. se houver a ampliação do prazo original, a seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. A apólice de seguro poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante/Segurado ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao final da vigência da Apólice, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais.

9.2. A renovação automática, prevista no item anterior, poderá ocorrer automaticamente por uma única vez, salvo manifestação prévia em contrário do Estipulante ou da Seguradora no mínimo 60 (sessenta) dias antes do final de vigência da Apólice.

9.3. Caso haja na renovação, alteração da apólice que implique ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, **deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo Segurado.**

9.4. No caso de não renovação da apólice de seguro, as condições contratuais terão sua vigência estendida, pelo Estipulante e pela Seguradora, até a extinção de todos os riscos individuais cobertos relativos aos prêmios já pagos.

9.5. A cada renovação será emitida uma nova apólice de seguro e certificado individual de seguro pela Seguradora.

9.6. Durante a vigência da referida apólice a Seguradora não poderá efetuar o cancelamento sob alegação de agravamento da natureza do risco.

9.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a sociedade Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do seguro.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1. Este seguro vigorará sobre a modalidade de capital segurado vinculado, no qual o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação ao qual o seguro está atrelado, sendo este alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

10.2. O(s) capital(is) segurado(s), bem como a sua descrição, constará(ão) na proposta de contratação, na proposta de adesão na apólice de seguro e no certificado individual do seguro.

10.3. Caso haja parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do Segurado, estes não serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.

10.4. Para fins de indenização serão pagos, de forma única ou parcelada, os valores estabelecidos para cada cobertura contratada vigente na data do evento.

a) No risco de morte, a data do óbito;

b) No risco de invalidez total e permanente em caso de acidente, a data do acidente ou a data indicada na declaração médica idônea aceita pela Seguradora, em caso de doença. Esta última deverá ser consignada por médico que esteja assistindo o Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos.

10.5. O Capital Segurado será pago ao beneficiário, respeitando-se as regras descritas no item **13** – Beneficiário do Seguro.

11. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

11.1. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da apólice será fixado em cada caso por meio da proposta de contratação e no contrato de seguro.

12. GRUPO SEGURÁVEL

12.1. São consideradas seguráveis as pessoas físicas ou jurídicas, que convencionaram pagar prestações ao Estipulante para amortizar a dívida contraída, ou para atender ao compromisso financeiro assumido.

12.2. Quando o adquirente da dívida ou compromisso for pessoa jurídica, todos os sócios, pessoas físicas, figurarão como seguráveis com o capital segurado proporcional à participação acionária de cada um na empresa, conforme contrato social, desde que respeitadas as condições de aceitação estabelecidas pela Seguradora no item **7** e conforme estabelecido no contrato de seguro.

12.3. Quando houver participação igualitária entre os sócios, prevalecerá o sócio mais velho na data de adesão ao seguro, desde que respeitadas as condições de aceitação estabelecidas pela Seguradora no item **7** e conforme contrato de seguro. No caso de haver coincidência entre datas de nascimento dos sócios, será considerado aquele definido pelo Segurado.

13. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

13.1. O primeiro beneficiário do Seguro será o Estipulante, quando este assumir o papel de credor pelo valor do saldo devedor da obrigação contratada pelo Segurado junto ao Estipulante, trazido a valor presente, descontando-se eventuais encargos e multas.

13.2. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.

13.3. Na falta de indicação expressa de segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

14. CUSTEIO DO SEGURO

14.1. O custeio deste seguro poderá ser estabelecido de acordo com a opção do Estipulante e constará das condições contratuais do seguro, podendo ser:

14.1.1. Não Contributário: o Segurado não paga o prêmio de seguro. O prêmio do seguro será pago integralmente pelo Estipulante.

14.1.2. Contributário: o Segurado paga integralmente ou parcialmente o prêmio do seguro.

14.2. Seja qual for a modalidade de custeio do seguro, o Estipulante sempre será responsável pelo recolhimento, quando for o caso, e pela quitação dos prêmios devidos junto à Seguradora.

15. TAXA DO SEGURO

15.1. As taxas básicas mensais referentes a financiamentos ou promessa de financiamento concedido às pessoas físicas e jurídicas, serão as relacionadas a seguir e aplicadas ao Limite Máximo de Capital Segurado contratado.

15.2. A taxa deste seguro será determinada em função da idade do segurado, no momento da adesão ou contratação do seguro e não sofrerão alterações ao longo do contrato, bem como não é previsto o aumento em razão de mudança de faixa etária.

15.3. A taxa mensal será aplicada sobre o valor do saldo devedor mensal, proporcional a cada mutuário.

15.3.1. Qualquer alteração da taxa prevista no item anterior deverá ser submetida a anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo Segurado, caso implique ônus ou perda de direito pelos Segurados, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária prevista nesta condição geral.

16. PRÊMIO E PAGAMENTO DO SEGURO

16.1. O prêmio do seguro será pago em parcela mensal, de acordo com o estabelecido na contratação do seguro, e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.

16.2. O prêmio do seguro poderá ser pago por débito em conta corrente ou outra forma de cobrança disponibilizada pelo Estipulante.

16.3. A forma e a periodicidade do pagamento do prêmio do seguro serão indicadas na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

16.4. Se a data para o pagamento do prêmio do seguro à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

16.4.1. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Estipulante ou seu representante, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

16.5. Na ocorrência de algum sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que o mesmo tenha sido efetuado, o direito à indenização não estará prejudicado.

16.6. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

16.7. Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

16.8. Nos seguros contributários, desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que, este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações aos Segurados que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade cível e criminal do Estipulante.

16.9. Este seguro está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

17. SUSPENSÃO E FALTA DE PAGAMENTO DO SEGURO

17.1. A falta de pagamento do prêmio acarretará a suspensão automática das coberturas.

17.1.1. Tendo se esgotado o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do primeiro prêmio vencido e não pago, e sem que tenha sido efetuado o pagamento do prêmio em atraso, o seguro será automaticamente cancelado.

17.1.2. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, limitada ao prazo previsto no item **17.1.1**, com a consequente cobrança de prêmio devido.

17.2. A falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do Seguro.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A apólice de seguro poderá ser cancelada nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento, conforme item **17.1.1**.
- b) a qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- c) pelo descumprimento de quaisquer cláusulas estabelecidas nas condições gerais, nas condições especiais e no contrato de seguro;
- d) se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice; e
- e) ao final de vigência se esta não for renovada.

18.2. O seguro individual poderá ser cancelado nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento, conforme item **17.1.1**.
- b) com a morte do Segurado;
- c) com a invalidez permanente e total por acidente do Segurado;
- d) por solicitação do Segurado a qualquer tempo, mediante comunicação à Seguradora;
- e) se o Segurado, seu corretor de seguros ou seu representante legal agirem com dolo, praticarem ato ilícito ou contrário à lei, cometerem fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do seguro, simulando ou provocando sinistro, ou ainda, agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;
- f) se o Segurado agir de má-fé e não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação ou no conhecimento exato e caracterização do risco;
- g) na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente contrato;

- h) com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo Segurado;
- i) com o cancelamento do contrato de seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas “d” e “e”, implicando a perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização; e
- j) fim do prazo de vigência do seguro.

18.3. Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento.

18.4. Cancelado o seguro, este somente poderá ser reabilitado mediante o preenchimento de nova proposta de adesão e análise de aceitação por parte da Seguradora.

19. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

19.1. Atualização do Capital Segurado

19.1.1. O capital segurado e, por consequência, o respectivo prêmio, poderão ser atualizados na mesma proporção do valor da obrigação assumida, de acordo com a opção escolhida no item **10**, conforme segue:

19.1.1.2. Capital Segurado Vinculado: o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação ao qual o seguro está atrelado, sendo este alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

19.2. Atualização das Obrigações Pecuniárias

19.2.1. A atualização monetária das obrigações pecuniárias será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e o publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

19.2.2. As obrigações pecuniárias serão atualizadas monetariamente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

19.2.3. No caso de recusa do risco, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizados, a partir da data da formalização da recusa, que é a data de exigibilidade.

19.2.4. No caso de recebimento indevido do prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela Seguradora, que é a data de exigibilidade.

19.2.5. No caso de cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, que é a data de exigibilidade.

19.2.6. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto no item **21.1.5** destas Condições Gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento.

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

19.3. No caso de extinção do índice estabelecido nessas condições gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

20. JUROS DE MORA

20.1. O não cumprimento das obrigações pela Seguradora, pelo Segurado ou pelo Estipulante ora previstas, sujeitar-lhes-ão aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista no item **19**.

20.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas condições gerais.

20.3. O pagamento de valores relativos aos juros moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. Em caso de ocorrência de sinistro que possa vir a ser indenizável por este seguro, deverá o Estipulante, ou o Segurado, ou seu(s) Beneficiário(s), ou quem suas vezes fizer sob pena de perder o direito à indenização:

21.1.1. Comunicar o sinistro imediatamente à Seguradora pelas vias mais rápidas ao seu alcance, sem prejuízo da comunicação por escrito, por meio do preenchimento e entrega do formulário denominado "Aviso de Sinistro".

21.1.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação de documentos constante das condições especiais de cada cobertura contratada.

21.1.3. Fazer constar da comunicação escrita: a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

21.1.4. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles estabelecidos nas condições especiais para cada cobertura contratada, inclusive, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item **21.1.5** será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

21.1.5. O prazo máximo para pagamento da indenização é de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a Seguradora receber todos os documentos, previstos nas condições especiais do seguro.

21.1.6. Será suspensa a contagem do prazo, no caso de solicitação de nova documentação complementar, voltando a correr o prazo a partir do dia útil subsequente à entrega de toda a documentação solicitada, conforme previsto no item **21.1.4**.

21.1.7. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item **21.1.5** implicará a aplicação de juros de mora, de acordo com o item **20**, sem prejuízo de sua atualização de acordo com o item **19** destas Condições Gerais.

21.2. Junta Médica

21.2.1. No caso de divergências sobre a causa, a natureza, o diagnóstico ou a extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora irá 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.

21.2.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

21.2.3. 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.

21.3. Perícia da Seguradora

21.3.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do evento nos termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

21.3.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

21.3.3. Comprovado algum tipo de irregularidade, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

21.4. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

21.5 Documentos necessários para a liquidação dos sinistros:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido (formulário original fornecido pela Seguradora);**
- b) RG/RNE e CPF do Segurado (cópia simples);**
- c) Certidão de óbito do Segurado (cópia autenticada);**
- d) Comprovante de endereço do Segurado (cópia simples);**
- e) Certidão de nascimento do Segurado solteiro, ou certidão de casamento do Segurado casado (cópia simples);**
- f) Declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas (com firma reconhecida);**

- g) Declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do Segurado, se houver herdeiros (com firma reconhecida);
- h) RG/RNE e CPF dos Beneficiários (cópia simples);
- i) Comprovante de endereço dos Beneficiários (cópia simples);
- j) Certidões de nascimentos dos Beneficiários (cópia simples);
- k) Contrato da operação de crédito e seus aditivos (cópia simples);
- l) Autorização original para pagamento da indenização mediante crédito em conta corrente por Beneficiário (formulário fornecido pela Seguradora);
- m) Carteira Nacional de Habilitação – CNH do Segurado (em caso de acidente – caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- n) Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT (em caso de acidente na empresa);
- o) Laudo necroscópico do Instituto Médico Legal – IML em caso de acidente (cópia simples);
- p) Laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística em caso de acidente (se houver – cópia simples);
- q) Laudo de exame toxicológico em caso de acidente (se houver – cópia simples); e
- r) Resultado do exame de dosagem alcoólica em caso de acidente (se houver – cópia simples).

21.5.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles estabelecidos nestas condições especiais, inclusive, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 21.1.5 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

22. PERDA DE DIREITOS

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

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

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

22.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

22.2.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, e reter do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou deduzir essa diferença do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros.

22.2.1.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização e deduzir do valor a ser pago, a diferença de prêmio cabível.

22.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

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

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. São obrigações do Estipulante:

23.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

23.1.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido nestas condições gerais e nas condições especiais.

23.1.3. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

23.1.4. Repassar os prêmios à Seguradora. Caso esse repasse não seja efetuado, os Segurados não perdem o direito à indenização em caso de sinistro coberto, mas fica o Estipulante sujeito às cominações legais.

23.1.5. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro.

23.1.6. Discriminar a razão social da Seguradora, nos documentos e comunicações referentes aos seguros, objeto deste contrato.

23.1.7. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros.

23.1.8. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

23.1.9. Disponibilizar ao Segurado as Condições Gerais deste seguro, anterior a sua contratação.

23.1.10. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

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

23.2. É expressamente vedado ao Estipulante:

23.2.1. Cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela Seguradora.

23.2.2. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

23.2.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.

23.2.4. Vincular a contratação do seguro, objeto destas condições gerais, a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de cobertura direta a estes produtos.

24. SUB-ROGAÇÃO

24.1. A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações ao Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do sinistro.

25. TRIBUTOS

25.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios ou capital Segurado deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

25.2. Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

26.2. Para os casos não previstos nestas condições gerais e nas condições especiais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

26.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

26.4. As condições contratuais/o regulamento deste produto encontram-se registrados na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultados no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

26.5. Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram ressaltadas em negrito no texto destas condições gerais.

26.6. Na hipótese de rescisão do contrato de seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

26.7. As condições gerais do seguro estarão à disposição do proponente, ou de seu representante legal, previamente à contratação do seguro.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. O direito do Segurado e/ou Beneficiário em pleitear indenização junto à Seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do Código Civil.

28. FORO

28.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro entre o Segurado, o Beneficiário e a Seguradora será sempre o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

28.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

29. MORTE E INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE

29.1. OBJETIVO DA COBERTURA

29.1.1. MORTE: garante ao Beneficiário indicado nestas Condições Gerais, o recebimento do Limite Máximo de Garantia contratado, na hipótese de morte natural ou acidental do Segurado, ocorrida dentro da Vigência do Seguro Individual, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

29.1.2. INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE: garante ao Beneficiário indicado nestas Condições Gerais, o recebimento integral do Limite Máximo de Garantia contratado para esta Cobertura, em caso de invalidez total e permanente, causada por doença ou acidente, ocorrida posteriormente à assinatura do contrato, comprovada por quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível e permanente, o exercício de sua atividade laborativa, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

29.1.2.1. Será devida a cobertura securitária após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, constatada e avaliada a Invalidez Permanente Total quando da emissão de Laudo Médico, Declaração Médica ou emissão de Laudo de Junta Médica, quando for o caso, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

29.1.2.2. A invalidez laborativa por doença ou acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração fornecida por perito médico idôneo à essa finalidade, devidamente capacitado para avaliar a incapacidade total e permanente para o exercício da atividade laborativa principal do segurado.

29.1.2.3. A Seguradora poderá, a seu critério, aceitar laudo emitido de órgão previdenciário oficial, ao qual o segurado contribua e esteja vinculado e tenha sido aposentado pelo benefício correspondente.

29.1.2.3.1. Quando o segurado não estiver vinculado a órgão previdenciário, servirá de comprovação da invalidez, declaração médica, comprovantes de internações hospitalares e de intervenções cirúrgicas, bem como documentos relativos a exames.

29.1.2.4. Nos casos em que o segurado não exercer qualquer atividade laborativa, considerar-se-á coberto, além do risco de morte, o risco de invalidez permanente causada por acidente pessoal ou doença que determine a incapacidade funcional total e permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laborativa, conforme cláusulas abaixo:

29.1.2.4.1. Para fins da caracterização da Invalidez Funcional, entende-se como pleno exercício das relações autônomicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas relacionadas em pelo menos uma das alíneas abaixo, de forma total, permanente e inequivocamente independente de qualquer ajuda:

- a) levantar-se, deitar-se, deambular, higienizar-se e ser capaz de se alimentar sem ajuda de terceiros ou dispositivos/aparelhos/máquinas;

- b)** manter as funções vitais (nutrição, respiração, circulação e excreção) sem ajuda de dispositivos ou aparelhos/máquinas extracorpóreas de substituição funcional (exemplo: sonda enteral, respirador artificial, diálise peritonial mantida indefinidamente, hemodiálise, colostomia definitiva);
- c)** ter capacidade mental para gerir seus próprios negócios e bens, sem ajuda de terceiros.

29.1.2.4.2. São considerados, para fins de determinação da Invalidez Permanente Total, os Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente das doenças relacionadas a seguir:

- a)** alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição);
- b)** nefrectomia bilateral;
- c)** doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
- d)** doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou controle clínico;
- e)** 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;
- f)** 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;
- g)** doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- h)** deficiência visual:
 - h.1)** cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - h.2)** baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - h.3)** casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - h.4)** ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

29.1.2.5. Não haverá cobertura para os riscos de MIP decorrentes e/ou relacionados à doença manifestada em data anterior à assinatura do contrato de financiamento, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta do seguro, bem como decorrentes de eventos comprovadamente resultantes de acidente pessoal, ocorrido em data anterior à da assinatura do referido contrato.

29.1.2.6. Uma vez pago o Limite Máximo de Garantia relativo a esta cobertura, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

29.1.2.6.1. Caso haja mais de um segurado na composição de renda, para fins deste seguro, o valor da indenização será proporcional ao percentual de responsabilidade correspondente ao segurado que tenha falecido ou se tornado inválido, prevalecendo o percentual vigente na data do sinistro.

29.2. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE

29.2.1. A Invalidez Permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado à exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da Indenização, caso o Segurado se recuse.

29.2.2. 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 Permanente Total.

29.2.3. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como da avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

29.2.4. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora:

- a) 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.
- b) Reconhecida a Invalidez Total e Permanente, a Indenização será paga uma única vez e o Segurado será automaticamente excluído do Seguro, com a consequente devolução dos prêmios eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados.
- c) As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a extensão da lesão ou Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de Indenização do Limite Máximo de Garantia contratado para esta garantia.
- d) A Cobertura de Invalidez Permanente Total não se acumula com a garantia de Morte. Com o pagamento da indenização por invalidez, o segurado será automaticamente excluído da apólice, não tendo mais nada a reclamar em relação a este seguro, mesmo que venha a morrer em decorrência do acidente ou doença que o invalidou.

29.3. RISCOS EXCLUÍDOS

29.3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4. Riscos Excluídos das condições gerais do seguro.

29.4. DISPOSIÇÕES GERAIS

29.4.1. Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições constantes das condições gerais, da qual faz parte integrante, desde que não contrariem o disposto nestas condições especiais, que são complementadas pelo contrato de seguro.

29.4.2. As normas constantes nestas condições especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas condições gerais do seguro.

Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.
CNPJ: 87.376.109/0001-06