

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO PRESTAMISTA
REMISSIVO
PESSOAS COLETIVO

SUMÁRIO

1	Objetivo do Seguro	3
2	Definições	3
3	Coberturas do Seguro	10
4	Riscos Excluídos	16
5	Âmbito Geográfico da Cobertura	22
6	Carência.....	22
7	Franquia	22
8	Grupo Segurável.....	22
9	Grupo Segurado	23
10	Aceitação e Manutenção do Seguro	23
11	Índice Mínimo de Adesão.....	24
12	Inclusão de Segurados	24
13	Condição para Aceitação Individual de Segurados	24
14	Início da Vigência Individual de Cada Segurado	26
15	Vigência e Renovação do Seguro	27
16	Designação e Alteração de Beneficiário(s).....	28
17	Capital Segurado Individual	29
18	Atualização Monetária do Capital Segurado Individual e do Prêmio.....	29
19	Pagamento do Prêmio	30
20	Critério da(s) Taxa(s) do Seguro	32
21	Cálculo e Recálculo da(s) Taxa(s) do Seguro.....	33
22	Ocorrência de Sinistros	33
23	Beneficiário(s).....	35
24	Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro	36
25	Junta Médica	44
26	Obrigações da Seguradora.....	44
27	Perda do Direito à Indenização	45
28	Cancelamento do Seguro.....	46
29	Excedente Técnico	47
30	Obrigações do Estipulante	48
31	Regime Financeiro.....	49
32	Material de Divulgação	49
33	Foro	49
34	Prescrição.....	49

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	2 de 49

1 OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar, total ou parcialmente, a dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante, denominada de Instituição Credora, limitada ao prazo e Capital Segurado contratado, caso o Segurado venha sofrer um dos eventos cobertos previstos no Contrato, **exceto de riscos excluídos, observadas as Condições do Seguro Prestamista Remissivo.**
- 1.2 Entende-se como Instituição Credora, o Estipulante do contrato de Seguro, como sendo a pessoa jurídica a quem o Segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.
- 1.3 Entende-se como remissivo quando o Seguro, em suas Condições Contratuais estabelecer que será paga uma indenização ao Estipulante cujo Capital Segurado será estabelecido como um múltiplo do valor correspondente ao compromisso assumido, por meio do qual o Estipulante manterá a permanência do vínculo e contrato particular do Segurado, por tempo determinado, sem custo ou ônus adicional.
- 1.4 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.

2 DEFINIÇÕES

- 2.1 **Aceitação do Risco:** ato de aprovação pela Seguradora da Proposta de Contratação efetuada pelo Proponente Estipulante, para cobertura de Seguro de determinado (s) risco (s), após análise.
- 2.2 **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer 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:
 - 2.2.1 Incluem-se nesse conceito:
 - a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
 - b) Os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	3 de 49

e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.2.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **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) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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**
- d) **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.**

2.3 **Agravamento de Risco:** toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

2.4 **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.

2.5 **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.6 **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.7 **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.8 **Apólice:** contrato de Seguro, firmado entre o Estipulante e a Seguradora, formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação, sendo composto pelas respectivas Condições

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	4 de 49

gerais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do Segurado, da Seguradora e do(s) Beneficiário(s).

- 2.9 **Atividade Laborativa Principal:** É aquela através da qual o Segurado obteve ou obtenha maior renda, dentro de determinado exercício anual definido no Contrato.
- 2.10 **Ato Doloso:** ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.
- 2.11 **Ato Ilícito:** toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 2.12 **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.13 **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à Seguradora assim que dele tenha conhecimento. É o documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao Estipulante, Segurado ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições gerais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.
- 2.14 **Beneficiário:** o primeiro Beneficiário será o próprio Estipulante pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado. A diferença que ultrapassar o saldo da dívida será paga ao(s) segundo(s) Beneficiário(s), sendo que estes será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado(s) ou por pessoa(s) designada(s) pelo Segurado Titular para receber o valor do Capital Segurado na ocorrência da sua morte.
- 2.15 **Boa-Fé:** Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade e total transparência na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.
- 2.16 **Cancelamento:** dissolução antecipada do Contrato de Seguro.
- 2.17 **Capital Segurado:** importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga aos Beneficiários pela Seguradora em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Contratação e Adesão do Seguro, preenchida e assinada pelo Estipulante.
- 2.18 **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave.
- 2.19 **Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 2.20 **Certificado Individual:** documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação, renovação, alteração de valores do Capital Segurado ou prêmio do Seguro.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	5 de 49

- 2.21 **Coberturas:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.22 **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.23 **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.24 **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 2.25 **Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos Beneficiários e do Estipulante.
- 2.26 **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.27 **Consignante:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.
- 2.28 **Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.
- 2.29 **Corretor de Seguros:** pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de Seguro entre as Seguradoras e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou pelo seu representante legal junto à Seguradora.
- 2.30 **Dados Antropométricos:** peso e a altura do Segurado.
- 2.31 **Dano Estético:** qualquer dano físico / corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.
- 2.32 **Data de Exigibilidade:** data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Gerais de cada uma das coberturas contratadas na Apólice.
- 2.33 **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.34 **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** é o questionário, integrante da Proposta de Adesão, **que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente**, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão, assinando e

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	6 de 49

responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data de sua assinatura.

- 2.35 **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.36 **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.37 **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.38 **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.39 **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.
- 2.40 **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.41 **Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.42 **Doenças ou Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do Seguro, que não tenha sido declarada na declaração pessoal de saúde e atividades, e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.
- 2.43 **Endosso:** documento expedido pela Seguradora, a pedido do Estipulante e/ou Segurado, durante a vigência da Apólice, pelo qual a Seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.
- 2.44 **Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.45 **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, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.
- 2.46 **Etiologia:** causa de cada doença.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	7 de 49

- 2.47 **Evento Coberto:** acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do Seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).
- 2.48 **Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.49 **Franquia:** período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.
- 2.50 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.
- 2.51 **Grupo Segurável:** aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou serem incluídas no Seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.
- 2.52 **Hígido:** saudável.
- 2.53 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, durante o período de vigência do contrato de Seguro.
- 2.54 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc) para quem interessar, sob autorização do paciente. **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, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da Seguradora.**
- 2.55 **Natimorto:** criança que, ao nascer, já se encontra morta.
- 2.56 **Período de Cobertura:** período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.
- 2.57 **Prêmio:** é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s). Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.
- 2.58 **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.59 **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
- 2.60 **Proposta de Adesão:** é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	8 de 49

intenção de participar do Seguro, **especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.**

- 2.61 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.62 **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.63 **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.64 **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.65 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.
- 2.66 **Regulação de Sinistro:** conjunto de procedimentos realizados após a ocorrência de um sinistro e respectivo aviso para apuração de suas causas e demais circunstâncias envolvidas, com a finalidade de verificar a caracterização de evento e seu enquadramento no Seguro.
- 2.67 **Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.
- 2.68 **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.69 **Renda Mensal Temporária:** é o valor contratado que, **limitado ao valor da dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante**, que será paga ao Beneficiário em caso de sinistro.
- 2.70 **Renovação:** recondução da Apólice de Seguro por novo período, 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.
- 2.71 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.
- 2.72 **Saldo Devedor:** é o valor das parcelas vincendas da operação realizada pelo Segurado junto ao Estipulante, apurado na data do sinistro, e, quando for o caso,

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	9 de 49

respeitado o limite de responsabilidade da Seguradora estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

- 2.73 **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.
- 2.74 **Seguradora:** é a Companhia de Seguros Previdência do Sul, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.
- 2.75 **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.
- 2.76 **Seqüela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.77 **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente, durante o período de vigência do Contrato de Seguro.
- 2.78 **Vigência do Seguro:** é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor, compreendido entre a data de início e de término do Contrato de Seguro firmado com o Estipulante.
- 2.79 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.
- 2.80 **Transferência Corporal:** capacidade do Segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3 COBERTURAS DO SEGURO

3.1 As coberturas **passíveis** de contratação para este Seguro são as abaixo mencionadas, sendo elas divididas em Básica e Adicionais. **O Seguro não poderá ser contratado sem pelo menos uma das coberturas básicas, sendo que apenas uma delas poderá ser contratada por um mesmo Segurado.**

3.2 Coberturas Básicas:

3.2.1 **Morte Qualquer Causa (MQC):** é a cobertura de morte que garante o pagamento de uma indenização que possibilite aos Beneficiários, a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, denominada Instituição Credora, limitada ao prazo e Capital Segurado contratado, definidos nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência do Seguro, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.

- a) Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada "data do evento coberto" a data de falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	10 de 49

3.2.2 Morte Acidental (MA): é a cobertura de morte que garante o pagamento de uma indenização que possibilite aos Beneficiários, ou a Instituição Credora, definida nas Condições Contratuais, a amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, limitada ao prazo e Capital Segurado contratado, também definidos nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de falecimento do Segurado, durante a vigência do Seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais do Seguro.

- a) Para efeito desta cobertura, considera-se "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 causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado.
- b) Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, a "data do evento coberto" será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

3.3 Coberturas Adicionais: A contratação de quaisquer coberturas a seguir está condicionada a contratação de pelo menos uma das coberturas mencionadas nos itens 3.2.1 ou 3.2.2, observadas ainda as disposições constantes na descrição de cada cobertura.

3.3.1 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente que tem por objetivo o pagamento de uma indenização que possibilite aos Beneficiários, ou a Instituição Credora, definida nas Condições Contratuais, à amortização de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, limitada ao prazo e Capital Segurado contratado, também definidos nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de invalidez total e permanente do Segurado, durante a vigência do Seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais do Seguro.

- a) Para efeito desta cobertura, considera-se "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 causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado.

Tabela para Cálculo de Indenização para Invalidez Permanente Total por Acidente	
Discriminação da Invalidez Permanente Total	% Sobre o Capital Segurado
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 de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	11 de 49

b) Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

3.3.2 Invalidez Permanente Funcional e Total por Doença (IFPD) – cobertura antecipação da Cobertura de Morte:

é a cobertura de Invalidez Permanente Funcional e Total por Doença – Antecipação da cobertura de Morte, que tem por objetivo o pagamento de uma indenização que possibilite aos Beneficiários, ou a Instituição Credora, definida nas Condições Contratuais, à amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, denominada Instituição Credora, limitada ao prazo e Capital Segurado contratado, também definidos nas Condições Contratuais do Seguro, exclusivamente em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes Condições Gerais do Seguro.

a) **A contratação da cobertura de Invalidez Funcional Total por Doença (IFPD) está condicionada a contratação da cobertura básica de Morte Qualquer Causa (MQC).**

b) O pagamento do Capital Segurado em função da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, razão pela qual seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a Cobertura de Morte, assim como o presente Seguro.

c) A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado comprovadas na forma definida nas Condições Gerais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados nesta condição.

d) Para que haja direito a esta cobertura, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

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

e.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	12 de 49

- e.2) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- e.3) 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;
- e.4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- e.5) 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;
- e.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- e.7) Deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- e.8) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- e.9) Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

f) **Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF).**

3.3.3 **Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD):** é a cobertura que tem por objetivo uma indenização que possibilite aos Beneficiários, ou a Instituição Credora, definida nas Condições Contratuais, a amortização ou quitação de dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, denominado Instituição Credora, limitada ao

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	13 de 49

prazo e Capital Segurado contratado, também definidos nas Condições Contratuais do Seguro, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.

- a) Para fins de indenização desta cobertura, é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença, aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exclusivamente para a atividade laborativa principal do Segurado.
- b) Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, com base na declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano em que foi caracterizada a invalidez.
- c) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- d) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta cobertura.
- e) Não são configurados como Segurados para esta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

3.3.4 Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD): é a cobertura que garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização ao Segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o Segurado venha a perder sua renda por desemprego involuntário, durante a vigência do Contrato de Seguro, observados as condições a seguir enumeradas.

- a) **Perda de Renda por Desemprego Involuntário:** Como “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador Segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
- b) **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do Seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	14 de 49

c) Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento do Segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

3.3.5 Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA): é a cobertura que garante o pagamento de uma indenização ao Segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o Segurado venha a perder sua renda temporária por incapacidade decorrente de acidente pessoal, durante a vigência do contrato de Seguro, observada as condições a seguir enumeradas.

a) Como “renda temporária por incapacidade” entende-se aquela pela qual o Segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

b) Para efeito desta cobertura, considera-se “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 causa, tenha como consequência a incapacidade temporária por acidente, conforme definições destas Condições Gerais.

c) **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados e que possuam vínculo com o Estipulante, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do Seguro.

d) Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada como “data do evento coberto”, a data do acidente que causou a incapacidade do Segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

3.3.6 Renda Temporária por Incapacidade (RTI): é a cobertura que garante o pagamento de uma indenização ao Segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído, caso o Segurado venha a perder sua renda temporária por incapacidade por acidente ou doença, durante a vigência do Contrato de Seguro, observada as condições a seguir enumeradas.

a) Como “perda de renda temporária por incapacidade” entende-se aquela pela qual o Segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

b) Para efeito desta cobertura, considera-se “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 causa,

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	15 de 49

tenha como consequência a incapacidade temporária por acidente ou doença, conforme definição descrita nestas Condições Gerais.

- c) **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possuam vínculo com o Estipulante, tenham idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do Seguro.
- d) Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada como "data do evento coberto", a data da incapacidade do Segurado, comprovado mediante apresentação de atestado médico e exames complementares.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- 4.1.1 **Direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;**
- 4.1.2 **De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, "lock-out", exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;**
- 4.1.3 **De doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;**
- 4.1.4 **Da morte do Segurado provocada por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;**
- 4.1.5 **De suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do Seguro;**
- 4.1.6 **De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	16 de 49

- 4.1.7 **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.1.8 **Direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;**
- 4.1.9 **Da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
 - 4.1.9.1 **Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, tal exclusão se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;**
 - 4.1.10 **De acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceitado o risco;**
 - 4.1.11 **De acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto.**
- 4.2 **Observado o conceito de acidentes pessoais, descrito na Cláusula 2, e além riscos excluídos mencionados no item 4.1 destas condições, estarão também excluídos da Cobertura de Morte Acidental, e desde que contratada:**
 - 4.2.1 **Quaisquer perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
 - 4.2.2 **Quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do Seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
 - 4.2.3 **Os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**
 - 4.2.4 **Contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;**
 - 4.2.5 **A prática, pelo Segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e**
 - 4.2.6 **Viagens em aeronaves ou embarcações:**

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	17 de 49

- 4.2.5.1 **Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
 - 4.2.5.2 **Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
 - 4.2.5.3 **Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.**
- 4.3 **Observado o conceito de acidentes pessoais, descrito na Cláusula 2, e além riscos excluídos mencionados no item 4.1 destas condições gerais do seguro prestamista remissivo, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), desde que contratada:**
- 4.3.1 **Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
 - 4.3.2 **Os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;**
 - 4.3.3 **Viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - 4.3.3.1 **Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
 - 4.3.3.2 **Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
 - 4.3.3.3 **Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.**
 - 4.3.4 **Os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;**
 - 4.3.5 **Os acidentes médicos;**
 - 4.3.6 **Perturbações mentais, nervosas e emocionais;**
 - 4.3.7 **As lesões classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, Problemas Auditivos e outros;**
 - 4.3.8 **Quaisquer perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
 - 4.3.9 **Envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores; e**
 - 4.3.10 **Perda de dentes ou danos estéticos.**
- 4.4 **Além dos riscos excluídos relacionados acima, não estão cobertos para as coberturas, desde que contratadas as coberturas de invalidez permanente laboral ou funcional por doença, os eventos decorrentes de:**
- 4.4.1 **Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	18 de 49

- 4.4.2 **Quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional, que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado;**
- 4.4.3 **A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua contratação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado.**
- 4.4.4 **Toda e qualquer contra indicação médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 3.3.2e).**
- 4.4.5 **A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**
- 4.4.6 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.**
- 4.4.7 **A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.**
- 4.5 **Além das exclusões previstas, não estão cobertos os eventos gerados por doenças do trabalho ou profissionais, que não se enquadram nas definições desta cobertura e das Condições Gerais.**
- 4.5.1 **Não podem figurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.**
- 4.6 **Além dos riscos excluídos mencionados acima, estarão excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:**
- 4.6.1 **Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- 4.6.2 **Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;**
- 4.6.3 **Jubilção, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;**
- 4.6.4 **Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;**
- 4.6.5 **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	19 de 49

- 4.6.6 **Falência;**
- 4.6.7 **Campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
- 4.6.8 **Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**
- 4.6.9 **Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial; e**
- 4.6.10 **Pessoas que exerçam as seguintes atividades:**
- 4.6.10.1 **Em regime complementar de trabalho, ou como “horistas”;**
- 4.6.10.2 **Estágio probatório ou sob contrato temporário de trabalho;**
- 4.6.10.3 **Estágio escolar;**
- 4.6.10.4 **Profissional autônomo;**
- 4.6.10.5 **Donos de empresas, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore.**
- 4.7 **Além dos riscos excluídos acima, estarão excluídos das Coberturas de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Renda Temporária por Incapacidade (RTI), os eventos ocorridos em consequência de:**
- 4.7.1 **Incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**
- 4.7.2 **Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**
- 4.7.3 **Prática pelo Segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;**
- 4.7.4 **Hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- 4.7.5 **Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- 4.7.6 **Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;**
- 4.7.7 **Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- 4.7.8 **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e**

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	20 de 49

Farmácia;

- 4.7.9 **Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;**
- 4.7.10 **Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de Seguro vigente;**
- 4.7.11 **Lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);**
- 4.7.12 **Estresse, incluído "bournout", e depressão;**
- 4.7.13 **Doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;**
- 4.7.14 **Tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;**
- 4.7.15 **Cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;**
- 4.7.16 **Fibromialgias;**
- 4.7.17 **Doença miofascial;**
- 4.7.18 **Tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;**
- 4.7.19 **Tratamento clínico ou cirúrgico de hallux valgus (joanete);**
- 4.7.20 **Afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;**
- 4.7.21 **Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas; e**
- 4.7.22 **Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses.**
- 4.7.23 **Também estarão excluídos destas coberturas os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.**

4.8 EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

- 4.8.1 **Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo 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.**

- 4.9 **Quando forem diretamente decorrentes de de um acidente pessoal, é vedado excluir das coberturas de acidentes pessoais os eventos abaixo:**

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	21 de 49

- 4.9.1 **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;**
- 4.9.2 **O parto ou aborto e suas consequências; e**
- 4.9.3 **O choque anafilático e suas consequências.**

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1 As Coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial, **exceto para as coberturas de perda de renda que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território brasileiro.**

6 CARÊNCIA

- 6.1 A Seguradora poderá estabelecer Carência para determinadas Coberturas, as quais deverão ser expressamente indicadas na Apólice e nas Condições Contratuais.
- 6.2 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência individual.
- 6.3 A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas Condições Contratuais do Seguro, e não poderá exceder à metade do prazo de vigência da apólice.
- 6.4 A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do Seguro.
 - 6.4.1 Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

7 FRANQUIA

- 7.1 A franquia poderá ser de no máximo 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas Condições Contratuais do Seguro Prestamista.

8 GRUPO SEGURÁVEL

- 8.1 É A totalidade do grupo de pessoas físicas que mantêm vínculo comprovado com o Estipulante, sujeitas à análise de aceitação da Seguradora.
- 8.2 É facultada à Seguradora a solicitação, a qualquer tempo, da apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	22 de 49

9 GRUPO SEGURADO

- 9.1 É o conjunto dos componentes do Grupo Segurável, desde que aceitos e incluídos na Apólice, cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas Cláusulas 12 Inclusão de Segurados e 13 Condição para Aceitação Individual de Segurados destas Condições Gerais.

10 ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

- 10.1 Recebida a Proposta de Contratação Empresarial assinada pelo Estipulante e/ou Corretor de seguros, após a aceitação do risco pela Seguradora, será emitida a Apólice, com as respectivas Condições, sendo que:
- 10.1.1 A inclusão dos proponentes Segurados será feita por meio do envio pelo Estipulante de documento eletrônico fornecido previamente pela Seguradora contendo, no mínimo, nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do Capital Segurado e prêmio;
- 10.1.2 As informações solicitadas no item 10.1.1 desta Cláusula deverão ser acompanhadas das respectivas Propostas de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde, devidamente preenchidas e assinadas por cada proponente, em que declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais;
- 10.1.3 **Cada Proposta de Adesão individual** deverá conter os elementos essenciais à análise e aceitação do risco;
- 10.1.4 A Seguradora fornecerá ao Estipulante o protocolo que identificará as propostas por ela recebidas, com indicação da data e hora de seu recebimento, e procederá à análise de aceitação ou recusa, de acordo com a Cláusula 13 Condição para Aceitação Individual de Segurados destas Condições Gerais.
- 10.2 Após a implantação do Seguro, o Estipulante deverá encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de Segurados) à Seguradora por meio de correspondência, em formato a ser definido nas Condições Contratuais, com os respectivos dados antes mencionados, inclusive as alterações de capitais para análise de aceitação.
- 10.3 **No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora deverá, no prazo de 15 (quinze) dias, comunicar por escrito ao Estipulante informando o(s) motivo(s) da recusa e:**
- 10.3.1 Caso tenha havido pagamento antecipado do Prêmio, o valor será restituído ao proponente Segurado, por intermédio do Estipulante, ou ao próprio Estipulante, quando este for responsável pelo custeio integral do Seguro, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa;
- 10.3.2 O valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido nestas Condições Gerais, a contar da data da formalização da recusa até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	23 de 49

- 10.4 Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante aditivo/proposta assinada pelo Estipulante ou seu representante legal, ressalvada a questão de alterações de capital ou Beneficiários, que somente poderão ser efetuadas mediante autorização por escrito do Segurado.
- 10.4.1 Qualquer alteração que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.
- 10.5 Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito com a concordância das partes contratantes.
- 10.5.1 Para todos os efeitos de direito, a Seguradora somente tomará conhecimento das circunstâncias expressamente declaradas pelo Estipulante e Proponente Segurado na Proposta de Contratação e Adesão.
- 10.5.2 O Estipulante não poderá ceder a carteira para terceiros sem a prévia e expressa anuência da Seguradora. Caso a Seguradora concorde com a cessão, o Estipulante permanecerá coobrigado junto ao cessionário pela liquidação de cada contrato cedido e ocorrendo o evento coberto pelo presente Seguro, continuará a Seguradora responsável pela liquidação dos respectivos capitais segurados, continuando o Estipulante como o primeiro ou único Beneficiário do Seguro, de acordo com as Condições Contratuais.
- 10.5.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

11 ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

- 11.1 O índice de adesão é a relação entre o número de Segurados e o total de componentes do Grupo Segurável.
- 11.2 O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso na Proposta de Contratação Empresarial e nas respectivas Condições Contratuais.

12 INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 12.1 Serão incluídos no Seguro somente os Segurados, conforme autorização na Proposta de Adesão, desde que observadas as condições de aceitação determinadas na Apólice e nestas Condições Gerais.

13 CONDIÇÃO PARA ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DE SEGURADOS

- 13.1 Somente poderão ser incluídas no seguro pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que, na data estabelecida para início de vigência do risco individual:

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	24 de 49

- 13.1.1 Estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional/laborativa, sendo que as Condições Contratuais poderão prever a possibilidade de ingresso de aposentados por tempo de serviço ou idade;
- 13.1.2 Não estejam afastados do trabalho, independentemente do motivo; e
- 13.1.3 Tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência individual do Seguro.
- 13.2 A inclusão do proponente individual no Seguro far-se-á mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, contendo no mínimo, além dos dados pessoais, o número do CPF, RG ou outro documento oficial com validade no território nacional, o plano escolhido com as respectivas coberturas, prêmios devidos, período de cobertura, declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro, Declaração Pessoal de Saúde, se a Seguradora julgar necessário, indicação de seu(s) Beneficiário(s), existência de outros seguros de pessoas com coberturas similares, bem como as demais informações previstas nestas Condições Gerais.
- 13.2.1 Os Proponentes portadores de deficiência deverão ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.
- 13.2.2 A Proposta de Adesão será recepcionada pela Seguradora mediante protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, fará a análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos.
- 13.3 Recebida a Proposta de Adesão com todos os dados obrigatórios preenchidos e entregues, a mesma será integralmente aceita abrangendo todas as coberturas, caso a Seguradora sobre ele não se manifeste formalmente, ao Proponente ou ao Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.
- 13.4 O prazo de 15 (quinze) dias da cláusula 13.3 será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos ou informações complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Adesão.
- 13.5 Para efeito de análise dos riscos, além do preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde (DPS), a Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente, sempre que julgar necessário, informações sobre sua situação financeira e relatório médico, acompanhado de exames complementares dos últimos 6 (seis) meses, respeitadas as disposições dos itens 13.4 e 13.6.1 destas Condições Gerais.
- 13.6 A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for entregue a documentação adicional solicitada.
- 13.6.1 A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ser feita apenas uma vez pela Seguradora.
- 13.6.2 A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) ou na entrega de documentos complementares solicitados implicará na recusa automática do risco pela Seguradora.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	25 de 49

- 13.6.3 A Seguradora deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 13.7 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 será restituído ao proponente, 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.
- 13.8 Quaisquer alterações de risco no contrato, ocorridas durante a Vigência do Seguro, deverão ser comunicadas por escrito à Seguradora, de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no Seguro, tais como mudança de profissão, mudança de residência do Segurado para outro país, prática usual e permanente de esportes tidos como radicais ou de perigos evidentes, bem como o uso habitual de substâncias alcoólicas, tóxicas ou entorpecentes.
- 13.8.1 Caso haja agravamento intencional do risco por parte do Segurado, ocorrerá perda de direito às coberturas previstas na Apólice, mesmo que decorrente de risco previsto, coberto e indenizável.**
- 13.9 As Condições Contratuais estabelecerão se os aposentados poderão ser incluídos no Seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez.
- 13.10 Somente poderão ser incluídas no Seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastadas do trabalho, com o devido pagamento do Prêmio, na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.
- 13.11 Para os Segurados, admitidos no início do Seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de doença, deverá haver o recolhimento dos Prêmios normalmente à Seguradora.

14 INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

- 14.1 A determinação do início de vigência do risco individual, conforme Cláusula 13 e subitens, dependerá das seguintes condições:
- 14.1.1 Os Certificados ou Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles indicadas;**
- 14.1.2 A Proposta de Adesão recepcionada sem adiantamento de prêmio terá o seu início de vigência de cobertura na data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;**
- 14.1.3 A Proposta de Adesão recepcionada com adiantamento de prêmio terá seu início de vigência na data em que a Seguradora receber a Proposta**

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	26 de 49

assinada pelo Proponente.

- 14.2 No início de cada Vigência individual do Seguro, bem como nos aniversários subsequentes (renovações), a Seguradora providenciará a emissão e o envio do Certificado de Seguro, com os nomes dos Segurados, data de início e final de Vigência do Seguro, Capital Segurado, Prêmio de cada Cobertura, Prêmio total, além das demais informações determinadas pela Susep.
- 14.3 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.

15 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 15.1 A Vigência do Seguro poderá ser anual ou plurianual e o respectivo período será definido na Apólice.
- 15.2 O início de Vigência é contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data constante na Apólice de Seguro emitida pela Seguradora e seu término ocorre às 24 (vinte e quatro) horas do dia consignado como final do contrato, inclusive no Certificado e Endossos correspondentes.
- 15.3 A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a partir da data da aceitação.
- 15.4 A Proposta de Contratação recebida sem adiantamento de Prêmio terá o seu início de Vigência de Cobertura na data de aceitação da Proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice.
- 15.5 A Proposta de Contratação recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento do Prêmio, desde que aceita, terá seu início de Vigência na data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Proponente/Estipulante.
- 15.6 Na Renovação da Apólice, deverá ser observado o seguinte:
- 15.6.1 Caso haja na Renovação da Apólice, alteração que implique em ônus, deveres ou redução de direitos aos Segurados, a concretização da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.
- 15.6.2 A Apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nas Condições Gerais.
- 15.6.3 Feita uma Renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos.
- 15.6.4 A Renovação automática a que se refere o item 15.6.2 desta Cláusula não se aplicará quando a Seguradora ou o Estipulante comunicarem desinteresse na

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	27 de 49

continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias do final de Vigência da Apólice.

15.6.5 Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de Vigência da Apólice.

15.6.6 A Seguradora fornecerá ao Estipulante, seu representante e/ou corretor de seguros, protocolo que identifique a Proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

15.6.7 Para a Proposta de Renovação, aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 10 destas Condições Gerais.

15.7 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice, ou estabelecer novas condições de Renovação do Seguro.

16 DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

16.1 O primeiro Beneficiário será o próprio Estipulante pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado.

16.2 A diferença que ultrapassar o saldo será paga ao(s) segundo(s) Beneficiário(s).

16.2.1 O(s) segundo(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

16.3 A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade e se o Seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

16.4 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que recebida pela Seguradora antes da ocorrência do sinistro.

16.5 Se a Seguradora não for cientificada até o período estabelecido no item 16.4 desta Cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

16.6 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à Cobertura contratada será paga nos termos do Código Civil Brasileiro.

16.7 No Seguro de Perda de Renda cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo Segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o Beneficiário será a pessoa jurídica, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio Segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	28 de 49

estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro Prestamista Remissivo.

17 CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

- 17.1 Para fins deste Seguro, o Capital Segurado estabelecido no Certificado Individual e nas Condições Contratuais do Seguro coletivo é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, de acordo com as Condições Contratuais do Seguro.
- 17.2 O Capital Segurado para cada Cobertura contratada pelo Segurado será estabelecido no Certificado Individual e na Apólice.
- 17.3 Para fins da cobertura de perda de renda por desemprego, e desde que contratada, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês que o Segurado permanecer desempregado, sendo que o valor e a quantidade das parcelas mensais do compromisso financeiro a serem indenizadas, deverão ser especificados nas Condições Contratuais do Seguro.
- 17.4 Para fins da cobertura de renda temporária por incapacidade, e desde que contratada, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga para cada mês, durante o período em que o Segurado permanecer incapaz, sendo que o valor e a quantidade de parcelas mensais de financiamento ou do compromisso financeiro assumido a serem indenizados, deverão ser especificados nas Condições Contratuais do Seguro.
- 17.5 **Não se inclui no Capital Segurado as parcelas de financiamento vencidas e não pagas, multas e juros de mora.**
- 17.6 O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar alteração do valor do Capital Segurado, por meio do envio de Proposta de alteração, ficando a critério da Seguradora sua aceitação ou não de acordo com as Cláusulas 13 e 14 destas Condições Gerais, procedendo, se aceita a proposta, à alteração do Prêmio, quando couber.

18 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL E DO PRÊMIO

- 18.1 O critério de determinação e atualização dos Capitais Segurados, será definido em função das particularidades de cada contrato de Seguro, sendo que estará vinculado a dívida ou compromisso assumido do Segurado com a Estipulante, devidamente comprovada por documento assinado entre as partes.
- 18.2 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.
- 18.3 O Capital Segurado e por consequência, o respectivo Prêmio, serão atualizados monetariamente a cada aniversário da Apólice para todos os Segurados do Grupo Segurado, com base na variação ou índice definido no contrato firmado de compromisso assumido com a Estipulante, ou com base na variação acumulada do

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	29 de 49

índice indicado na cláusula 18.4, durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual, de acordo com o determinado nas Condições Contratuais e na Apólice.

18.4 Para efeito de atualização monetária, será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (INPC/IBGE).

18.5 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) ou qualquer outro índice que vier a substituí-lo.

19 PAGAMENTO DO PRÊMIO

19.1 Para fins deste Seguro e de acordo com a Proposta de Contratação, o custeio pode ser:

19.1.1 **Não Contributário:** é o Seguro em que os Segurados não pagam o Prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento integralmente sobre o Estipulante. Neste tipo de Seguro, serão incluídos na Apólice todos os componentes do Grupo Segurável que preencherem e assinarem a Proposta de Adesão, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no Seguro ou impedidas de serem seguradas;

19.1.2 **Contributário:** é o Seguro em que os Segurados pagam o Prêmio, total ou parcialmente. Neste tipo de Seguro, serão incluídos na Apólice somente os componentes do Grupo Segurável que preencherem e assinarem Proposta de Adesão, requerendo expressamente sua inclusão e forem aceitos no Seguro.

19.2 A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

19.2.1 Nome do Estipulante;

19.2.2 Nome do Segurado Individual, para os seguros contributários;

19.2.3 Valor do Prêmio;

19.2.4 Data de emissão;

19.2.5 Número da Apólice; e

19.2.6 Data limite para o pagamento.

19.3 A Seguradora encaminhará o documento a que se refere a cláusula 19.2 diretamente ao Estipulante ou seu representante legal 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.

19.4 O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, e cada pagamento será correspondente a um

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	30 de 49

determinado período de cobertura, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio anual pelo número de parcelas acordadas.

19.4.1 O pagamento na forma acima não caracterizará fracionamento do Prêmio.

19.4.2 Caso o Estipulante opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato, em que os prêmios sejam pagos na forma mensal, nenhuma devolução de prêmio será devida.

19.4.3 Caso o Estipulante opte pelo pagamento de prêmios de forma anual, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

19.4.4 Caso o Estipulante opte por outra periodicidade de pagamento, a parcela mínima corresponderá a 1/12 (um doze avos) do Prêmio anual e o período de Cobertura será adequado ao Prêmio pago.

19.4.5 Na hipótese de pagamento de Prêmio único ou de periodicidade anual, o Capital Segurado pagável por morte ou invalidez será atualizado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

19.4.6 Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, a Seguradora ficará obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

19.5 O pagamento do prêmio será feito à Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Estipulante e a Seguradora na Proposta de Contratação.

19.6 Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o subitem 19.2 da Cláusula 19 destas Condições Gerais, deverá constar do documento de cobrança, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

19.7 Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

19.8 No caso de seguros contributários, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade, a cobrança e recolhimento dos prêmios perante os Segurados.

19.8.1 A delegação acima mencionada poderá ser revogada a qualquer tempo pela Seguradora mediante notificação por escrito ao Estipulante, com 30 (trinta) dias de antecedência.

19.8.2 Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios de seguro contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da Apólice frente aos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	31 de 49

direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita por parte do Estipulante, o qual estará sujeito às cominações legais.

19.8.3 O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados a título de Prêmio do Seguro qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.

19.8.4 Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do Seguro de cada Segurado.

19.9 Quando a forma de cobrança for desconto ou consignação em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

19.9.1 Os prêmios cobrados por meio de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do Seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado por meio da rede bancária.

19.10 O(s) prêmio(s) do Seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente a partir da data de vencimento original da parcela até a data do efetivo pagamento pelo índice do contrato.

19.11 Sem prejuízo da cláusula 19.10, incidirá (ão) ainda sobre o(s) prêmio(s) de Seguro referente(s) ao período em atraso juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pró-rata-die.

19.12 A Seguradora providenciará aviso, mediante comunicação escrita, alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da data de vencimento da primeira parcela não paga.

19.13 A falta de pagamento do prêmio, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará no cancelamento automático do Seguro.

19.14 Durante os 60 (sessenta) dias mencionados no item 19.11 desta Cláusula, as coberturas previstas na Apólice não ficarão suspensas.

19.15 Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após a data de vencimento do segundo prêmio mensal não pago, conforme previsto no item 28.

19.16 Este Seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado ou Estipulante.

20 CRITÉRIO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO

20.1 Adotar-se-á a taxa média/única, que será determinada de acordo com equacionamento técnico do plano para todos os Segurados e será o quociente entre

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	32 de 49

a soma total do Prêmio tarifário individual por cobertura e a soma total do capital de cada Cobertura contratada.

20.1.1 A taxa média será acrescida dos carregamentos técnicos e de impostos.

20.1.2 A taxa média será calculada no início de vigência da Apólice, e recalculada anualmente no seu aniversário com base no Grupo Segurado, devendo prevalecer sempre a taxa média recalculada se esta for superior ou inferior a vigente em mais de 10% (dez por cento), ou a qualquer época caso haja alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem seu recálculo.

21 CÁLCULO E RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO

21.1 O Prêmio mensal individual será o produto da taxa média, calculado quando da contratação do Seguro, pelo capital individual de cada cobertura contratada, sendo o prêmio total mensal o somatório dos prêmios individuais.

21.2 A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos

21.3 Qualquer alteração de taxa que implique em ônus, dever ou a redução dos direitos do Segurado deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramento previstos nas Condições Contratuais.

21.4 O aumento na taxa única final deverá ser realizado por Endosso ou Aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante.

22 OCORRÊNCIA DE SINISTROS

22.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora para dirigir à Seguradora, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

22.1.1 A comunicação feita por carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora, também de forma imediata à ocorrência do sinistro.

22.2 Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação de sinistro e pagamento de eventual Capital Segurado devido pelo presente Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 24 e aqueles indicados nas Condições Gerais de acordo com cada cobertura contratada.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	33 de 49

- 22.3 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 24 e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 22.2 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela Seguradora dos documentos e informações complementares.
- 22.3.1 Não respeitado o prazo previsto no subitem 22.2 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 22.3.2 e 22.3.3 desta Cláusula, independentemente de notificação ou interpelação judicial.
- 22.3.2 A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do sinistro e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.
- 22.3.3 A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 12% (Doze por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir do dia seguinte ao término do prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 22.2 até a data do efetivo pagamento. É vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital do Capital Segurado pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro.
- 22.4 O pagamento será feito sob a forma de parcela única, por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado no aviso de sinistro.
- 22.5 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido na Apólice, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 22.6 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 22.7 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 22.7.1 Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 22.8 O Estipulante deverá encaminhar à Seguradora, ainda, a comprovação da data de inclusão do Segurado no Seguro, bem como a cópia dos documentos comprobatórios da Admissão do mesmo no referido Plano, do pagamento dos prêmios devidos pelo Segurado, além dos demais documentos que compõem o respectivo contrato.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	34 de 49

- 22.9 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 22.10 Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.
- 22.11 A indenização será paga pela Seguradora diretamente ao Estipulante, sob a expressa condição de que este faça a quitação, amortização ou remissão do compromisso assumido, pelo prazo contratado previsto em contrato junto ao Estipulante credor.
- 22.12 Em caso de plano remissivo a Seguradora estará isenta de eventuais aumentos futuros, e a Estipulante assumirá junto aos Beneficiários o compromisso pela garantia do período estabelecido em contrato entre as partes, sem qualquer ônus ou cobrança de valores adicionais a qualquer das partes.
- 22.13 Ao prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

23 BENEFICIÁRIO(S)

- 23.1 É facultado ao Segurado indicar ou substituir o(s) Beneficiário(s).
- 23.2 O primeiro Beneficiário será o próprio Estipulante ou Sub-Estipulante pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado, limitado ao Capital Segurado Contratado.
- 23.3 A diferença que ultrapassar o saldo será paga ao(s) segundo(s) Beneficiário(s).
- 23.3.1 O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) nominalmente pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida, assinada e com firma reconhecida por autenticidade.
- 23.3.2 Na falta da indicação de Beneficiário, ou se por qualquer outro motivo não prevalecer a que for feita, aplicar-se-á, para efeito de pagamento de indenização, o disposto nos Arts. 792 e 793 do Código Civil Brasileiro, abaixo transcritos:

"Art. 792 – Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

Parágrafo Único – Na falta de pessoas indicadas neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência."

"Art. 793 - É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato."

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	35 de 49

23.3.3 Na falta destes, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

23.3.4 A alteração de Beneficiário será considerada a partir do momento em que a Seguradora receber a comunicação por escrito.

24 RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

24.1 Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) à Seguradora dos documentos básicos abaixo indicados, além daqueles previstos nas Condições Contratuais de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

24.2 Para qualquer sinistro:

Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora e devidamente preenchido em todos os seus campos.

24.3 Documentos do Segurado:

- a) Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) CPF do Segurado;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social; e
- d) Comprovante de residência do Segurado.

24.4 Documentos do(s) Beneficiário(s):

- a) Comprovantes de endereço, CNPJ do Beneficiário Estipulante;
- b) Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, de cada um dos Beneficiários;
- c) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, da dívida ou compromisso assumido com o Estipulante assinada, devidamente registrada e datada;
- d) Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Estipulante;
- e) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos, se houver saldo;
- f) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário (s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe, se houver saldo;
- g) Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário (s) incapaz(es);
- h) Em caso de companheiro (a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	36 de 49

INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório, se houver saldo.

24.5 Não serão aceitos relatórios médicos elaborados por membro (s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de ser um médico habilitado.

24.6 **Em caso de morte natural**, e desde que contratada a cobertura, serão necessários também os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- d) Radiografias do Segurado (quando houver);
- e) Guia de internação hospitalar (quando houver); e
- f) Declaração médica indicando causa mortis, com firma reconhecida.

24.6.2 Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

24.7 Em caso de sinistro de **morte decorrente de causa acidental**, desde que contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 Ocorrência de Sinistros das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 24 Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro destas Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Radiografias do Segurado (quando houver);
- d) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- e) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	37 de 49

- i) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); e
- j) Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

24.7.2 Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

24.8 **Em caso de sinistro por invalidez por acidente**, desde que contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 Ocorrência de Sinistros das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 24 Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- c) Exame de corpo de delito, quando indicado; e
- d) Laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual;

24.8.2 Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

24.8.3 O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do Segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo Segurado.

24.8.4 A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas a comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

24.9 **Em caso de sinistro de invalidez funcional permanente e total por doença**, desde que contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 Ocorrência de Sinistros das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 24 Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Declaração Médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da data exata do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	38 de 49

- b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
 - c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida; e
 - d) A avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).
- 24.9.2 É facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.
- 24.9.3 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.
- 24.9.4 A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica, consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos a qualquer tempo.
- 24.9.5 A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.
- 24.9.6 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 24.9.7 O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.
- 24.9.8 A primeira é a **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	39 de 49

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o Cotidiano	<p>1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20

Condições Clínicas e Estruturais do Segurado	<p>1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO (ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA (S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	40 de 49

Conectividade do Segurado com a Vida	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

24.9.9 A segunda é a **Tabela de Dados Antropométricos**, Fatores de Risco e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

24.9.10 As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	41 de 49

- 24.9.11 As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.
- 24.9.12 Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor do Capital Segurado de uma só vez ao próprio Segurado.
- 24.9.13 Com o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, efetivamente comprovada, se extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 24.9.14 O pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – antecipação de morte, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura de Morte, assim como o presente Seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 24.9.15 Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.
- 24.10 **Em caso de sinistro invalidez laborativa permanente e total por doença**, desde que a cobertura tenha sido contratada, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 22 Ocorrência de Sinistros das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:
- a) Laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença;
 - b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante; e
 - c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.
- 24.11 **Em caso de sinistro de perda de renda por desemprego**, desde que a cobertura tenha sido contratada, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 22 Ocorrência de Sinistros das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 24 Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	42 de 49

- a) Cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;
- b) Para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquias, estabelecido no contrato, da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquias; e
- c) Cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

24.11.2 A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada em Condições Contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

24.11.3 **Acumulação das Indenizações:** O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

24.12 **Em caso de sinistro de perda de renda por invalidez,** e desde que a cobertura tenha sido contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 22 Ocorrência de Sinistros das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 24 Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;
- b) Exames realizados que comprovem a Incapacidade Temporária (original ou cópia simples);
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:
 - c.1) Última declaração do Imposto de Renda;
 - c.2) Recibo de pagamento autônomo;
 - c.3) Carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
- d) Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
- e) Inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	43 de 49

- 24.12.2 O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Renda Temporária por Incapacidade para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.
- 24.12.3 A Seguradora devolverá qualquer prêmio que o Segurado tiver pagado em duplicidade.

25 JUNTA MÉDICA

- 25.1 No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da verificação da controvérsia, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados.
- 25.1.1 O prazo de constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 25.2 Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

26 OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- 26.1 Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas Condições Contratuais, são obrigações e responsabilidades da Seguradora:
- 26.1.1 Pagar os sinistros a que fizer jus o Segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na Seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando, a partir do dia útil subsequente a sua entrega a contagem do prazo para regulação do sinistro;
- 26.1.2 Informar por escrito ao Segurado o não-pagamento da fatura por parte do Estipulante;
- 26.1.3 Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo Estipulante; e
- 26.1.4 Cumprir todas as cláusulas descritas nestas condições gerais.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	44 de 49

27 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

27.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante ou o Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão ou Declaração Pessoal de Saúde que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, além de estar o Segurado, nos seguros contributários, ou o Estipulante, nos seguros não contributários, obrigados ao pagamento do prêmio vencido.

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

a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a.1) Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- a.2) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- b.1) Cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b.2) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

27.1.2 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.

a) 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.

b) 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 após o efetivo cancelamento.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	45 de 49

27.1.3 A Seguradora também não pagará qualquer indenização, com base no presente Seguro, caso haja, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros:

- a) Inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste Seguro;
- b) Prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;
 - b.1) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;
- c) Agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

28 CANCELAMENTO DO SEGURO

28.1 O Seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, desde que com concordância recíproca e anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

28.2 Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o Seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização a qualquer parte, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

28.2.1 Por falta de pagamento de parcela do prêmio, após o prazo disposto no item 19.14 da Cláusula 19 destas Condições Gerais;

28.2.2 Automaticamente, com a morte do Segurado ou com o pagamento da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

28.2.3 Mediante solicitação pelo Estipulante/Segurado à Seguradora;

28.2.4 Pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;

28.2.5 Se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Estipulante, Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;

28.2.6 Quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio, no caso de Seguro contributivo, observado o item 19.14 da Cláusula 19 destas Condições Gerais;

28.2.7 Com a cessação do vínculo concreto entre o Segurado titular e o Estipulante; e

28.2.8 Com a caracterização de invalidez permanente e total de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	46 de 49

- 28.3 O pagamento de prêmios pelo Estipulante ou Segurado, de qualquer valor, à Seguradora após a data da rescisão não implica na reabilitação do Seguro nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido devidamente corrigido.
- 28.4 No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 28.5 Durante a vigência do Seguro, a Apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora somente sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

29 EXCEDENTE TÉCNICO

29.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

29.1.1 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos Segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

- a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
- a.1) **Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e**
 - a.2) **Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.**
- b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:
- b.1) **Comissões de corretagem pagas durante o período;**
 - b.2) **Comissões de administração pagas durante o período;**
 - b.3) **Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;**
 - b.4) **Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e**
 - b.5) **Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.**
- c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
- c.1) **O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;**
 - c.2) **O aviso à Seguradora, para sinistros;**
 - c.3) **A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e**
 - c.4) **As datas em que incorreram, para as despesas de administração.**

29.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	47 de 49

distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 24.5.

- 29.3 **A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro, 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.
- 29.4 **Nos Seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo Segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.**
- 29.5 Nos Seguros, contributários ou parcialmente contributários, em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

30 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

30.1 Constituem obrigações do Estipulante:

- 30.1.1 Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- 30.1.2 Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- 30.1.3 Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- 30.1.4 Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade, no caso de seguros contributários;
- 30.1.5 Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- 30.1.6 Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- 30.1.7 Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- 30.1.8 Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- 30.1.9 Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	48 de 49

- 30.1.10 Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- 30.1.11 Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado;
- 30.1.12 Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado; e
- 30.1.13 Pagar os prêmios vencidos nos Seguros não contributários.
- 30.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das coberturas, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

31 REGIME FINANCEIRO

- 31.1 **Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para segurados e/ou Estipulante.**

32 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 32.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.
- 32.2 **O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**

33 FORO

- 33.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

34 PRESCRIÇÃO

- 34.1 Qualquer direito do Segurado com fundamento na presente Apólice prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

Condições Gerais	Processo SUSEP nº	Página
Seguro Prestamista Remissivo	15414.901213/2015-51	49 de 49