



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

ÍNDICE

OUVIDORIA	02
DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	04
CONDIÇÕES GERAIS	09
1. Objetivo do Seguro.....	09
2. Garantias do Seguro.....	09
3. Prazo de Vigência.....	14
4. Condições de Contratação do Seguro.....	15
5. Aceitação do Seguro.....	15
6. Número Mínimo de Segurados para Aceitação e Manutenção do Seguro.....	16
7. Capital Segurado.....	16
8. Atualização e Alteração do Capital Segurado.....	16
9. Revisão do Prêmio e do Capital Segurado.....	17
10. Inclusão de Segurados.....	17
11. Carência.....	17
12. Renovação do Seguro.....	17
13. Riscos Excluídos.....	18
14. Regime Financeiro.....	19
15. Prova do Seguro.....	19
16. Reavaliação e Ajuste de taxa.....	19
17. Cancelamento.....	19
18. Término da Cobertura Individual.....	20
19. Das Obrigações do Estipulante e Sub-Estipulante.....	20
20. Outros Seguros.....	21
21. Custeio do Seguro.....	21
22. Pagamento do Prêmio.....	21
23. Beneficiários.....	22
24. Indenização.....	23
25. Procedimentos em Caso de Sinistro.....	24
26. Âmbito Territorial de Cobertura.....	27
27. Alteração do Seguro.....	27
28. Prescrição.....	27
29. Foro.....	27
CLAUSULAS SUPLEMENTARES	28
DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	28
1. Objetivo.....	28
2. Receitas.....	28
3. Despesas.....	28
4. Atualizações.....	28
5. Da Distribuição.....	28



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

OUVIDORIA

É um canal independente de comunicação, criado para auxiliar os clientes na solução de eventuais divergências sobre o contrato de seguro, podendo ser usado depois de esgotados os canais regulares de atendimento, tais como SAC (Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos na divergência em questão.

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

As empresas Alfa Seguradora S.A. – CNPJ 02.713.529/0001-88 – Código SUSEP 0646-7 e Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02 – Código SUSEP 0289-5 instituíram a figura do Ouvidor com os seguintes objetivos:

- Receber os recursos dos clientes;
- Informar sobre o encaminhamento e andamento dado à sua solicitação;
- Apreciar e resolver os eventuais conflitos de interesse que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada, protegendo seus direitos e garantindo a equidade de suas relações com nossas empresas;
- Conhecer as opiniões, os anseios, insatisfações e elogios dos clientes.

QUEM PODE RECORRER

Os segurados, beneficiários, terceiros, corretores em nome de clientes, estipulantes e representantes legais que discordem de decisões tomadas pelas nossas empresas em questões derivadas dos respectivos contratos de seguros, ou que já tenham decorrido 30 (trinta) dias do pedido formulado.

Para maior agilidade do processo o pedido de análise, com a documentação respectiva, poderá ser enviado pelo corretor de seguros ao Ouvidor.

O QUE PROCEDE

1º) Os canais regulares de atendimento (SAC – Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos, devem ter analisado o pedido antes de o recurso ser apresentado à Ouvidoria.

2º) Somente serão analisados os casos cujas reclamações não tenham sido objeto de ação judicial ou tenham recorrido aos órgãos de proteção e defesa do consumidor.

COMO RECORRER

O recurso é gratuito, deve ser formulado por escrito e encaminhado a:

OUVIDORIA – Alfa Seguradora

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar - CEP: 01418-000 - São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

Após acusar o recebimento dos recursos, o Ouvidor analisará cada caso tendo o prazo de até 15 (quinze) dias para sua resolução.

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

As decisões do Ouvidor serão acatadas pelas Empresas, obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

Permanece inalterado o direito do cliente de recorrer ao judiciário, a qualquer momento, ou caso não aceite a decisão do Ouvidor, obedecidos aos prazos prescricionais em vigor.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

QUEM É O OUVIDOR

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

- Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas.
Conhecimento: Profundo domínio das questões sobre seguros e referencial para o mercado.
Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas.
Moral: A reputação é credencial de equilíbrio, justiça e ética.

A FUNÇÃO DO OUVIDOR

Proteger os direitos dos Segurados e demais clientes, zelando pela equidade de suas relações com as empresas.

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

www.alfaseguradora.com.br

DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

▲ **Acidente Pessoal:** É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do **Segurado** ou tome necessário o tratamento médico.

Incluem-se, ainda, no conceito:

- O suicídio ou a sua tentativa;
- Acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o **Segurado** ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- Acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- Acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Para fins deste seguro, **NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal as:**

- **Doenças (inclusive 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;**
- **Intercorrências ou complicações conseqüentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal ora definido nestas Condições Gerais.**

▲ **Agravamento do Risco:** Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência do risco.

▲ **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 tomando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

▲ **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

▲ **Apólice:** É o documento emitido pela **Seguradora** que comprova a relação contratual com o **Estipulante** e formaliza a aceitação do risco.

▲ **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

▲ **Aviso de Sinistro:** Comunicação do **Segurado** ou seu(s) beneficiário(s) à **Seguradora** sobre a ocorrência de um evento ou sinistro.

▲ **Beneficiário(s):** É a pessoa a favor da qual é devida a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

- ▲ **Capital Segurado:** É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.
- ▲ **Carência:** É o espaço de tempo durante o qual o **Segurado** e/ou seus beneficiários, mesmo com o pagamento dos prêmios, não têm direito a determinadas garantias.
- ▲ **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “**Consenso Nacional de Cardiopatia Grave**”.
- ▲ **Certificado Individual de Seguro:** É o documento expedido pela **Seguradora** que formaliza a aceitação do proponente do grupo segurável.
- ▲ **Condições contratuais:** É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso, do contrato e da proposta de adesão.
- ▲ **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, dos **Segurados**, dos Beneficiários, do **Estipulante**, do **Sub-Estipulante** e da **Seguradora** e que integram a apólice.
- ▲ **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- ▲ **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- ▲ **Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o **Estipulante** e/ou **Sub-estipulante** e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do **Estipulante e/ou Sub-estipulante**, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- ▲ **Corretor de Seguros:** É a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover a realização de plano de seguro entre os **Estipulantes, Sub-Estipulantes e/ou Segurados** junto à **Seguradora**, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se refere às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.
- ▲ **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- ▲ **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- ▲ **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- ▲ **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- ▲ **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- ▲ **Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

- ▲ **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- ▲ **Estipulante ou Sub-Estipulante:** É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro e representa os **Segurados** perante a **Seguradora**, sendo expressamente vedada a atuação como **Estipulante** ou **Sub-Estipulante** por parte de corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; corretores de seguro e; sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes. Esta vedação não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.
- ▲ **Etiologia:** Causa de cada doença.
- ▲ **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Beneficiário pode receber a Indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).
- ▲ **Evento Preexistente:** É toda doença contraída, ainda que não manifestada, ou acidente ocorrido com o **Segurado** titular ou dependente, anteriormente à data do início de vigência do seguro.
- ▲ **Excedente Técnico:** É a participação estabelecida no Contrato sobre o saldo positivo apurado pela diferença entre as receitas e as despesas da apólice, relativas a cada ano de sua vigência, que será calculado no final deste período.
- ▲ **Franquia:** Período durante o qual o **Segurado** é responsável pelos prejuízos decorrentes de um sinistro.
- ▲ **Garantias/Coberturas:** São as obrigações que a **Seguradora** assume perante o **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou **Segurado**, quando da ocorrência de um evento coberto.
- ▲ **Grupo Segurado:** É o conjunto de componentes do grupo segurável efetivamente aceitos e incluídos no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.
- ▲ **Grupo Segurável:** São as pessoas vinculadas ao **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** que, estando em perfeitas condições de saúde e plena atividade de suas funções profissionais, podem ser incluídas no seguro.
- ▲ **Hígido:** Saudável.
- ▲ **Início de vigência:** é a data a partir da qual as coberturas serão garantidas pela Seguradora.
- ▲ **Indenização:** É o valor que a **Seguradora** paga ao **Segurado** ou a seu Beneficiário em decorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido para cada garantia contratada e demais condições do seguro.
- ▲ **Médico:** É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio **Segurado**, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- ▲ **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao **Segurado** ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- ▲ **Nota Técnica Atuarial:** É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

- ▲ **Período de Cobertura:** É o período durante o qual o **Segurado** ou seus beneficiários farão jus aos Capitais Segurados contratados.
- ▲ **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- ▲ **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- ▲ **Proponente:** É o componente do Grupo Segurável que propõe sua adesão ao seguro e que passará à condição de **Segurado** titular somente após a sua aceitação pela **Seguradora**.
- ▲ **Proposta de adesão:** É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- ▲ **Proposta de contratação:** É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- ▲ **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- ▲ **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- ▲ **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- ▲ **Regime Financeiro de Repartição Simples:** É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados da apólice e/ou pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- ▲ **Reintegração:** É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela apólice.
- ▲ **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- ▲ **Risco:** Probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do **Segurado** ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.
- ▲ **Riscos Excluídos:** Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a **Seguradora** de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.
- ▲ **Seguradora:** É a ALFA Previdência e Vida S.A., denominada nas Cláusulas do contrato apenas **Seguradora**, empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal. A **Seguradora**, recebendo o prêmio, assume o risco e garante indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Seguro.
- ▲ **Segurados:** Termo genérico que se aplica tanto ao **Segurado Titular** como ao **Segurado Dependente**.
- ▲ **Segurados Titulares:** São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** e que, por adesão, são incluídas neste seguro.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

- ▲ **Segurados Dependentes:** O cônjuge/companheiro(a), os filhos, os enteados e os menores considerados dependentes do **Segurado** Titular, cujos direitos e deveres estão descritos nas Cláusulas Suplementares e desde que estas tenham sido contratadas e ratificadas no Contrato.
- ▲ **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- ▲ **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- ▲ **Sinistro:** Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.
- ▲ **SUSEP – Superintendência de Seguros Privados:** É o órgão responsável pelo controle e pela fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
- ▲ **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
- ▲ **Vigência:** É o período de tempo que determina o início e o fim da validade do seguro e das garantias contratadas.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

CONDIÇÕES GERAIS

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo *Estipulante*, *Sub-Estipulante* e/ou *Segurado*, dentro da apólice, com exceção dos pontos em que forem expressamente modificadas pelo Contrato.

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

O *Estipulante*, *Sub-Estipulante* e/ou *Segurado* poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Recomendamos a leitura atenta deste manual, especialmente no que se refere a RISCOS EXCLUÍDOS do seguro.

1. OBJETIVO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao **Segurado** ou a seus beneficiários, caso venha ocorrer um sinistro coberto pela apólice durante sua vigência e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas, conforme estas Condições Gerais, Contrato e Cláusulas Suplementares mencionadas neste manual, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

2. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro poderão ser contratadas de acordo com a opção feita pelo *Estipulante* e/ou *Sub-Estipulante* na Proposta de Contratação e ratificadas no Contrato, em favor dos **Segurados**.

Constarão do Contrato de cada apólice as garantias escolhidas pelo *Estipulante* e/ou *Sub-Estipulante*, suas particularidades e respectivos critérios de composição dos capitais segurados.

As garantias adiante relacionadas deverão ser sempre consideradas em conjunto com o que dispõe os riscos excluídos, constantes no item 13 das Condições Gerais deste manual.

2.1. GARANTIAS

▲ Morte (M)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do **Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa.

Seguro de Menores

A Garantia de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

▲ Morte Acidental (MA)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do **Segurado**, decorrente, **exclusivamente**, de acidente pessoal coberto, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Seguro de Menores

A Garantia de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da **Seguradora**, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

▲ Invalidez Permanente Total por Acidenta (IPTA)

Garante ao **Segurado** o pagamento de uma indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente em virtude de lesão física causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto com o **Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

A ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o conseqüente pagamento do Capital Segurado não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, desde que seja definitivo o caráter da invalidez, a **Seguradora** pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	% 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

a) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;

b) Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total;

c) Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitivo;

d) A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente; e

e) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

▲ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

Garante ao **Segurado Titular** o pagamento do Capital Segurado contratado relativa a esta Cobertura, em caso de invalidez funcional permanente e total do próprio Segurado **Titular**, em consequência de doença que cause a perda da existência independente, exceto se decorrente dos riscos excluídos.

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente por Doença pela Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

Para fins desta garantia a Perda da Existência Independente do Segurado **Titular** será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

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:

- a) **Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;**
- b) **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;**
- c) **Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;**
- d) **Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença em que configure a necessidade de expedição do termo de curatela;**
- e) **Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;**
- f) **Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**
- g) **Deficiência visual, decorrente de doença:**
 - **Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - **Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - **Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;****ou**



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença deve ser comprovado através de parâmetros e documentos do médico-assistente do Segurado justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.

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

O IAIF é composto por duas Tabelas.

A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia, através de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. 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.

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

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

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

CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	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.	00
	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.	10
	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.	20

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

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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 HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA	08



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

Riscos Excluídos

Além dos demais riscos constantes no item 13 deste manual excluem-se da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

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.

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

2.2. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

▲ Distribuição de Excedente Técnico

3. PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo do seguro é estipulado no Contrato e Certificados Individuais, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo facultado ainda, a contratação do seguro por período diferente de um ano.

Nos contratos de seguro cujas propostas de contratação tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Se após implantação do seguro houver inclusão de **Segurados**, o início de vigência individual será determinado conforme abaixo:

- a) **Quando houver adesão ao seguro da totalidade dos componentes do grupo segurável:** o início de vigência individual será na data de admissão deste proponente incluído, desde que esta inclusão com a respectiva data seja informada à **Seguradora** na movimentação do mês de admissão, caso contrário, será considerado, para fins de início de vigência individual, a data da recepção desta informação pela **Seguradora**.
- b) **Quando a adesão for parcial:** a vigência individual será a partir de sua inclusão no respectivo mês de vigência do movimento enviado pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** à **Seguradora**, que dará origem ao cálculo do prêmio. Nas duas formas de adesão acima citadas, deverá ser observado o disposto no parágrafo seguinte.

Os contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela **Seguradora**.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

O início de vigência individual poderá ser diferente dos acima indicados, desde que o critério seja estabelecido no Contrato, observado o disposto no parágrafo anterior.

Em qualquer hipótese, o início de vigência individual estará condicionado à análise e aceitação pela **Seguradora**, **devendo ser observado que estarão cobertos os eventuais sinistros que ocorrerem entre a data do pagamento do prêmio e a data de aceitação ou recusa, desde que a proposta tenha sido protocolada na Seguradora.**

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.

4. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Para contratação do seguro, deve ser preenchida e assinada a Proposta de Contratação pelo **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e pelo Corretor, devendo ela ser entregue em um dos escritórios da **Seguradora**.

São proponentes ao seguro todos os componentes do grupo segurável, assim definidos no Contrato, e seus respectivos dependentes que se encontrem em perfeitas condições de saúde e plena atividade física na data de início de vigência individual.

Quando o adquirente da dívida ou compromisso for pessoa jurídica, a determinação do Segurado seguirá o seguinte critério, desde que se encontre em perfeitas condições de saúde e não ultrapasse o limite de idade previsto na Aceitação de Segurados:

- a) Será o Sócio Majoritário da Empresa;
- b) Quando houver participação igualitária entre os sócios majoritários, será o sócio mais idoso na data de adesão ao seguro.
- c) No caso de haver coincidência entre as datas de nascimento dos sócios mais idosos, será considerado aquele que definido pelo Estipulante.

A pessoa jurídica adquirente de cota de financiamento, desde que se manifeste expressamente, poderá determinar por ocasião da contratação do seguro, que a qualificação de Prestamista Segurado recaia sobre todos os sócios acionistas, com capital segurado proporcional a participação acionária de cada um.

O limite de idade será definido no Contrato.

Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, e os maiores de 16 (dezesesseis) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por eles.

A inclusão dos proponentes é feita por adesão ao seguro, conforme item **10** destas Condições Gerais, podendo ser exigido, para análise da aceitação, o preenchimento da Proposta de Adesão, bem como Declaração Pessoal de Saúde e, quando a **Seguradora** julgar necessário, prova de saúde.

Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra seguradora, deverão ser mantidos no seguro os **Segurados** titulares afastados do serviço ativo. Para tanto, o **Estipulante** deverá fornecer à **Seguradora**, para avaliação, antes da contratação do seguro, relação nominal contendo: data de nascimento, capital segurado, data de afastamento e diagnóstico da doença que provocou o afastamento.

5. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A **Seguradora** disporá do prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar a respeito da proposta de adesão e/ou proposta de contratação formulada pelo **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou **Segurado**, a contar da data do



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

respectivo protocolo de recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

A **Seguradora** poderá solicitar provas de saúde ou quaisquer outros documentos necessários para análise do risco, e neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e terá continuidade após a entrega do respectivo documento solicitado. Se a solicitação de documento se der ao proponente, pessoa física, esta poderá ser feita apenas uma vez durante o referido prazo.

Em caso de não aceitação da proposta por parte da **Seguradora**, o **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou **Segurado** será(ão) comunicado(s) por escrito, bem como serão devolvidos todos os valores eventualmente oferecidos a título de prêmio, no prazo máximo de 10 (dez) dias, atualizados a partir da data do real pagamento até a data da efetiva restituição por parte da **Seguradora** pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado.

Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Neste mesmo prazo a **Seguradora** informará, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura.

Caso a **Seguradora** não se pronuncie no prazo de 15 (quinze) dias, sem que haja suspensão do prazo por solicitação de documentos, a aceitação do seguro será automática.

6. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

É a quantidade mínima de **Segurados** necessária para a aceitação e a manutenção do seguro, definido no Contrato.

Caso o seguro já esteja em vigor e o número de **Segurados** ficar inferior ao mínimo estabelecido para a manutenção do grupo segurado, a **Seguradora** reserva-se o direito de recalculer a taxa, com base no efetivo grupo segurado e na previsão de custos desta, alterando, se necessário, o prêmio do seguro. Não havendo a concordância do **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, o seguro será cancelado, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, por escrito, daquele que não concordou.

Deve ser observado que se o recálculo da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado poderá ser escolhido pelo proponente, **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, e constará no Contrato, Proposta de Contratação, Proposta de Adesão e Certificado Individual, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes.

Modalidades de Capital Segurado:

- a) **Fixo**: Constante durante toda a vigência do Seguro e limitado ao valor inicial da dívida ou compromisso;
- b) **Pelo Saldo Devedor**: Variável e igual ao estado mensal da dívida ou compromisso.

8. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Quando a modalidade de capital segurado estiver relacionada a variação da dívida ou compromisso do Segurado, o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** deverão informar à Seguradora sempre que estes valores sofrerem alterações, para que sejam feitas as devidas atualizações.

Para as demais modalidades de capital segurado, as atualizações serão feitas, na renovação da apólice, com base na variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado no período e apurada 2 (dois) meses antes da referida renovação.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

No caso de extinção do índice ora pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

As atualizações de capitais se aplicam a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

Toda e qualquer alteração de capital segurado somente será realizada se solicitado expressamente pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, e desde que aceito pela **Seguradora**, nos seguros com forma de custeio contributivo será necessária a anuência de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

9. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será estabelecido na Proposta de Adesão, e constará no Certificado Individual de Seguro, podendo ser revisto a qualquer momento, a pedido do **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou do **Segurado**, conforme determinado no Contrato, desde que expressamente aceito pela **Seguradora**.

Para os **Segurados** que atingirem a idade superior ao limite estabelecido no Contrato durante a vigência deste Seguro, **não será permitido o aumento espontâneo do capital segurado contratado**.

10. INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão dos Segurados Prestamista é feita por adesão a este seguro, desde que aceito pela **Seguradora**, e constará na Proposta de Contratação e no Contrato, da seguinte forma:

- a) **Automática**: quando o seguro abranger todos os Segurados Prestamistas do grupo segurável;
- b) **Facultativa**: quando o seguro abranger todos os Segurados Prestamistas que tiverem sua inclusão expressamente declarada em formulário específico da **Seguradora**.

11. CARÊNCIA

Havendo carência para quaisquer das garantias constantes nestas Condições Gerais, exceto para eventos em decorrência de acidentes pessoais, esta será determinada no Contrato, cuja aplicabilidade se dará a partir do início de vigência individual do seguro, período em que não haverá cobertura a eventuais sinistros.

Adotada a carência, ao Estipulante fica assegurada a prorrogação automática da apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela Seguradora nos termos do disposto no item 17 destas Condições Gerais.

No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

12. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Ao final da vigência o seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez e por igual período, salvo se a Seguradora ou **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** comunicar desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

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.

Deve ser observado que se houver ajuste que implique em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

13. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos das garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do Segurado e não declarados no Cartão Proposta ou em seus anexos;
- d) Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- e) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial do contrato, em conformidade com o artigo 798 do Código Civil Brasileiro;

13.1. Excluem-se ainda das garantias de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos conceituados no item 13 das Condições Gerais deste seguro:

a) Os acidentes ocorridos em consequência de:

a.1) Alterações mentais pela ação de drogas (desde que não prescritas por médico habilitado), de álcool, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;

a.2) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

a.3) Prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

a.4) Furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

a.5) Viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados, desde que seja de conhecimento prévio comprovado do Segurado.

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

c) Mutilação voluntária;



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

14. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devido a concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada pagamento é destinado a custear o risco inerente à indenização no período.

15. PROVA DO SEGURO

Para cada **Segurado** incluído no seguro, será enviado um Certificado Individual de Seguro, que conterá os seguintes elementos mínimos:

- a) Data de início do seguro do **Segurado** titular e do(s) dependente(s);
- b) Capital(is) segurado(s) de cada garantia, relativo(s) ao **Segurado** titular e dependente(s).

Ocorrerá a emissão de um novo Certificado de Seguro a cada renovação ou quando houver modificações nas suas informações.

16. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA

Na implantação da apólice, a taxa poderá ser recalculada tomando-se por base o efetivo grupo segurado, sendo mantida a taxa original calculada no estudo, caso esta não seja inferior ou superior à margem de oscilação estabelecida no Contrato.

Quando ocorrerem alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem a reavaliação de taxa, ou em função de desequilíbrio técnico atuarial, esta será recalculada com base no grupo segurado na data da avaliação, tomando-se por base o resultado efetivo do seguro e a previsão de custos da Seguradora para o novo período, conforme os critérios adiante descritos:

Periodicidade:

A reavaliação de taxa será efetuada de acordo com o período indicado no Contrato;

Período de Análise:

Os períodos de análise são cumulativos, ou seja, a análise do período atual deverá contemplar também as informações dos períodos anteriores, ficando limitado a uma quantidade de meses para análise indicada no Contrato.

Sinistralidade: quando o índice do sinistro/prêmio for superior àquele indicado como limite no Contrato, e ainda não tiver findado a vigência da apólice, a taxa será reajustada de forma que a análise cumulativa do período anterior somada à previsão dos próximos períodos, totalizando um ano de vigência, leve a um índice de sinistralidade igual ou inferior ao índice limite estabelecido.

Caso seja necessário algum ajuste na taxa, a **Seguradora** informará ao **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** através de aditivo, com antecedência de 60 (sessenta) dias, e caso este não concorde expressamente, o seguro será cancelado.

Deve ser observado que se o ajuste da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4(três quartos) do grupo segurado.

17. CANCELAMENTO

A apólice será cancelada:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- b) Ao fim do prazo de vigência da apólice, mediante aviso por escrito e prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo;
- c) Quando houver falta de pagamento da(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) do seguro;
- d) A qualquer tempo pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

e) A partir da comunicação feita pela Seguradora se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado, Estipulante e/ou Sub-Estipulante, no ato da contratação do seguro ou durante toda a vigência da apólice.

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura do seguro de cada Segurado Prestamista cessa, além do disposto no item anterior, quando:

- a) Ocorrer o falecimento do Segurado Prestamista;
- b) Houver cessação, por qualquer motivo, do vínculo entre o Segurado Prestamista e *Estipulante e/ou Sub-Estipulante*, salvo nos casos em que o Segurado optar por continuar com as mesmas garantias e capitais segurados, assumindo a totalidade dos novos custos de acordo com a sua idade e características do risco individual, bem como o custo de cobrança, desde que a seguradora opere com planos individuais compatíveis, mediante solicitação prévia e por escrito à *Seguradora*, e aceitação desta;
- c) O Segurado Prestamista solicitar expressamente a sua exclusão da apólice;
- d) Forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do *Segurado*, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.

19. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

Constituem obrigações do *Estipulante e/ou Sub-Estipulante*:

- a) Fornecer à *Seguradora* todas as informações necessárias para a análise e a aceitação do risco, previamente estabelecidas por ela, incluindo os dados cadastrais;
- b) Manter a *Seguradora* informada a respeito dos *Segurados*, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro ou acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao *Segurado*, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Deverão constar dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados, explicitamente, os valores de prêmio do seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro;
 - e.1) Os pagamentos de prêmios de seguros efetuados por meio de desconto em folha deverão ser registrados em rubrica específica pela sociedade *Seguradora* garantidora do risco ou, no caso de cosseguro, pela seguradora líder;
 - e.2) Na hipótese de o *Segurado* dispor de mais de um contrato de seguro de Vida com a mesma seguradora, os valores referentes a cada contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for efetuado por meio de desconto em folha;
- f) Repassar os prêmios à *Seguradora*, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g) Repassar aos *Segurados* todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitido para o *Segurado*;
- i) Comunicar de imediato à *Seguradora*, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j) Dar ciência aos *Segurados* dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- m) Informar o nome da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do *Estipulante*;



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

- n) Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento da cobertura, a critério da sociedade seguradora, e sujeita o Estipulante e/ou Sub-Estipulante às cominações legais;
- o) Nas apólices coletivas caracterizadas pela contratação de diferentes subgrupos, o representante direto dos Segurados em cada subgrupo, denominado Sub-Estipulante, assume, solidariamente com o Estipulante, as responsabilidades e as obrigações provenientes deste contrato de seguro.

Fica expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante, nos seguros contributários:

- a) Cobrar dos Segurados a título deste seguro taxa de inscrição ou de intermediação, ou quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) Fazer qualquer modificação na apólice vigente ou rescindir o contrato, sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem a prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes.

20. OUTROS SEGUROS

O **Segurado** deve declarar na Proposta de Adesão a existência de quaisquer outros Seguros de Vida e/ou Acidentes Pessoais, por ocasião da contratação do presente Seguro.

21. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante na Proposta de Contratação feita pelo **Estipulante**, o custeio poderá ser:

- a) Contributário: quando os **Segurados** pagarem os prêmios do seguro, total ou parcialmente;
- b) Não contributário: quando os **Segurados** não pagarem os prêmios do seguro.

22. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio poderá ser mensal ou à vista, de acordo com a opção do **Segurado, Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, conforme definido no Contrato.

O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado, as garantias contratadas, a idade do Segurado e outros critérios eventualmente estabelecidos no Contrato.

Na cobrança de prêmio mediante carnê, a **Seguradora** providenciará para que o **Estipulante, Sub-Estipulante** e/ou **Segurado** receba o novo carnê de pagamento até 15 (quinze) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.

Caso o Segurado não receba o novo carnê até o prazo estabelecido, e desde que não tenha havido cancelamento do seguro, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.

Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver este expediente.

Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio for realizado à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

Caso o pagamento do prêmio seja feito fora dos prazos estipulados no contrato, qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o mesmo foi efetuado.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

O não pagamento do prêmio por parte do *Estipulante* ou *Sub-Estipulante* nos seguros não contributários ou, por parte do Segurado nos seguros contributários, até a data de vencimento estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do dia subsequente ao término do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

As parcelas, do período de cobertura já decorrido, citadas no parágrafo anterior, que estejam vencidas e não pagas serão atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, e acrescidas de juros legais de 6% (seis por cento) ao ano na forma da Tabela Price, desde a data em que são devidas até a data de seu efetivo pagamento.

A eventual aceitação, por parte da *Seguradora*, de quaisquer pagamentos de prêmios, depois de vencidos, não constituirá tolerância ou novação das condições ora pactuadas.

Entretanto, no caso de vencimento antecipado ao período de cobertura, o não pagamento do prêmio por parte do *Estipulante*, *Sub-Estipulante* ou *Segurado* até a data estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do primeiro dia do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido formal do *Segurado*.

Nos seguros coletivos contributários, se o *Estipulante* ou *Sub-Estipulante* deixar de repassar à *Seguradora*, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos *Segurados*, estes não serão prejudicados no direito à garantia do seguro, respondendo a *Seguradora* pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o *Estipulante* sujeito às imposições legais.

23. BENEFICIÁRIOS

O primeiro beneficiário é o próprio *Estipulante* ou *Sub-Estipulante* pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso. A diferença que ultrapassar o saldo poderá ser paga a um segundo beneficiário designado pelo Segurado Prestamista, desde que assim seja convencionado no Contrato, do contrário, o único beneficiário será o *Estipulante* ou *Sub-Estipulante*.

É livre a indicação de beneficiários, por parte do *Segurado*, desde que tal indicação não colida com os preceitos legais.

Em conformidade com o Artigo 793 do Código Civil Brasileiro "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".

Quando houver mais de um beneficiário, deverá ser definido, no momento da nomeação dos mesmos, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

O *Segurado*, e somente ele, poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à *Seguradora*, não tendo validade quaisquer alterações que não se procedam desta forma.

Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

Na falta de beneficiário nomeado ou na inexistência de cláusula beneficiária que conste do Contrato, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do *Segurado*, obedecida a ordem da vocação hereditária.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

A sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

- a) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime de comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares;
- b) Aos ascendentes, em concorrência com o cônjuge;
- c) Ao cônjuge sobrevivente;
- d) Aos colaterais.

Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência.

24. INDENIZAÇÃO

Data do Evento

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro:

- a) Na garantia de Morte (M), cuja causa seja acidental e na garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): a data do acidente;
- b) Na garantia de Morte (M), cuja causa **não** seja acidental: a data do falecimento;
- c) Na garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): a data da declaração médica determinando o início de sua invalidez em caráter definitivo;
- d) Nas demais coberturas que estejam relacionadas com alguma das garantias acima, será considerado como data de evento a daquela à qual relaciona.

Acúmulo de Indenizações

As indenizações pelas Garantias de Morte e de IFPD não se acumulam.

As indenizações por Morte decorrente de Acidente e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, quando contratada, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

Limite Máximo de Indenização

O limite máximo de indenização corresponde ao valor do capital segurado contratado, que constará no Contrato, Proposta de Contratação e Certificado Individual de Seguro.

Junta Médica

Divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade **relacionada ao segurado**, devem, **dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação**, ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **Seguradora**, outro pelo **Segurado** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo **Segurado** e pela **Seguradora**. **O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.**

Perda de Direito da Indenização

A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

- a) Declarações falsas, inexatas, incompletas, ou omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio;
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave, não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a indenização;
- d) Agravamento do risco, objeto do contrato, pelo *Segurado*, conforme dispõe o artigo 768 do Código Civil Brasileiro.

Pagamento da Indenização

As indenizações, se devidas, serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela **Seguradora**, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento, atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, a partir do 1º dia útil do mês subsequente à data do evento até a data do efetivo pagamento.

A contagem do prazo de 30 (trinta) dias será suspensa e reiniciada no caso de solicitação de nova documentação, na forma prevista no item 25.3, alínea “a” destas Condições Gerais.

Quando o prazo da liquidação de sinistro superar os prazos citados nos parágrafos anteriores, serão devidos juros moratórios equivalentes a 6% (seis por cento) ao ano na forma da tabela price, contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data do pagamento da respectiva indenização.

No caso de beneficiários com idade entre 16 (dezesesseis), inclusive, e 18 (dezoito) anos, exclusive, a indenização será paga a este, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiverem o poder familiar) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

25.1. AVISO DE SINISTRO

Ocorrido o sinistro, este deverá ser comunicado de imediato para a **Seguradora**, por FAX, telegrama, e-mail ou carta, independentemente da remessa da documentação. Neste aviso, deverá conter as seguintes informações:

- Nome do **Segurado** principal e CPF;
- Nome do **Segurado** sinistrado e CPF;
- Número da apólice e/ou Nome do **Estipulante**;
- Tipo do evento (Morte Natural, Morte Acidental, Invalidez por Acidente, outros...)
- Data efetiva do sinistro (Se Morte Acidental/IPTA/→ a data do acidente; se Morte Natural/→ a data do óbito)

Em seguida, deverá ser entregue **CÓPIA** da documentação relacionada abaixo, com o formulário Aviso de Sinistro, fornecido pela **Seguradora**, totalmente preenchido e assinado pelo **Segurado** ou seus beneficiários, e pelo médico com quem o **Segurado** faz/fazia tratamento, com firma reconhecida deste.

Estes documentos são imprescindíveis para o início da análise técnica do sinistro.

25.2. DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS

▲ Morte (M)

- Aviso de Sinistro preenchido na frente pelo beneficiário, reclamante e/ou **Estipulante** e no verso preenchido pelo médico com quem o **Segurado** fazia tratamento, devidamente assinado e com firma reconhecida do médico;
- Certidão de Óbito;
- RG e CPF do **Segurado**;
- Documentos dos beneficiários;
- Contrato do compromisso ou dívida;
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência.

CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

▲ Morte Acidental

- Aviso de Sinistro preenchido na frente pelo beneficiário, reclamante e/ou Estipulante e no verso preenchido pelo médico com quem o Segurado fazia tratamento, devidamente assinado e com firma reconhecida do médico;
- Certidão de Óbito;
- RG e CPF do **Segurado**;
- Contrato do compromisso ou dívida;
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência.
- Boletim de Ocorrência policial (ou CAT, se acidente dentro da empresa);
- Laudo Necroscópico elaborado pelo IML;
- Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, se houver;
- Carteira Nacional de Habilitação, caso a vítima/**Segurado** seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo de Perícia Técnica;
- Termo de Reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
- Peças que instruem o Inquérito Policial bem como sua conclusão, se houver;
- Documentos dos beneficiários.

Documentos dos beneficiários em caso de Morte

Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação:

a) Se maior de 16 (dezesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;

b) Se menor de 16 (dezesseis) anos: Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal; Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta de Adesão e inexistindo cláusula beneficiária que conste do Contrato:

a) Cônjuge: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;

b) Companheiro(a): RG, CPF, Comprovante de Residência e:

b.1) Se Segurado solteiro:

- Declaração pública constando que o **Segurado** faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do **Segurado** e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.2) Segurado viúvo:

- Certidão de Casamento do **Segurado**;
- Certidão de Óbito do cônjuge;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do **Segurado** e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.3) Segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do **Segurado** e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

c) Filhos maiores de 16 (dezesesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Comprovante de Residência e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do **Segurado** sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

d) Filhos menores de 16 (dezesesseis) anos: Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência do responsável legal pelo menor e, Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelo responsável legal do(s) menor(es) e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração); Termo de Tutela, se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

e) Pais: RG, CPF e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos pais do **Segurado** sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração).

Nas situações em que o **Segurado** não indicar seus beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do processo de Inventário dos bens deixados pelo **Segurado**.

Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

- Aviso de Sinistro preenchido pelo **Segurado** e/ou **Estipulante**; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o **Segurado** faz tratamento;
- Contrato do compromisso ou dívida;
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência.
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) quando o fato ocorrer dentro da empresa e não havendo Boletim de Ocorrência.
- Laudo de Exame de Corpo de Delito realizado pelo IML quando o **Segurado** contribuir para a agravamento do risco;
- Carteira Nacional de habilitação, caso a vítima/**Segurado** seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o **Segurado** foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- Resultados de exames médicos realizados pelo **Segurado** por ocasião do acidente;
- Carta de concessão de aposentadoria, bem como carnê/extrato de recebimento do pecúlio expedido pelo INSS, quando se tratar de Invalidez Total;
- RG e CPF do **Segurado**;
- Documentos dos beneficiários (em item específico);
- Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.

▲ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

- Aviso de Sinistro preenchido pelo **Segurado** ou **Estipulante**; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o **Segurado** faz ou fez tratamento;
- Contrato do compromisso ou dívida;
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência.



CONDIÇÕES GERAIS PRESTAMISTA

- Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
- Exames médicos realizados e de controle da patologia (atuais);
- Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de doença mental;
- RG, CPF e Comprovante de Residência do **Segurado ou do Curador**;
- Documentos dos beneficiários (em item específico).

25.3. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

a) A Seguradora poderá solicitar outros documentos complementares, além dos acima mencionados, para esclarecimentos que julgar necessários, em caso de dúvida fundada e justificável.

b) As providências ou atos que a Seguradora praticar após receber o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

26. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O âmbito territorial de qualquer cobertura é o globo terrestre, **exceto se houver disposição em contrário no Contrato.**

27. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

Nenhuma alteração neste Seguro será válida se não for feita por escrito e com a concordância das partes contratantes.

Deve ser observado que se a alteração implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

28. PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos previstos pelo Código Civil Brasileiro, operar-se-á a prescrição.

29. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do **Segurado**, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as partes, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

▲ DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

Esta Cláusula integra o Seguro prevalecendo sobre as normas contidas nas Condições Gerais que dispuserem em contrário e tem por objetivo garantir ao **Estipulante** e/ou **Segurados** a participação no excedente técnico da apólice, relativo a cada ano de vigência do Seguro, conforme definido no Contrato, o qual será apurado após cada ano de vigência da apólice.

1. OBJETIVO

Garantir ao **Estipulante** e/ou aos **Segurados** do grupo, a participação nos resultados técnicos da apólice.

2. RECEITAS

Consideram-se como receitas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- c) Recuperação de Sinistros através do Resseguro

3. DESPESAS

Consideram-se como despesas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) o 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;
- e) os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f) as despesas administrativas, calculadas na base dos prêmios efetivamente pagos.
- g) Os prêmios de resseguro pagos pela Alfa Previdência e Vida S.A., quando esta fizer uso da faculdade de repassar parte dos Capitais Segurados ao órgão ressegurador oficial ou privado.
- h) Provisão para Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR – Incurred But Not Reported)

4. ATUALIZAÇÕES

As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, desde:

- a) o respectivo pagamento para prêmio e comissões;
- b) o aviso à Alfa Previdência e Vida S.A., para sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) as datas em que incorrerem, para as despesas administrativas;
- e) as datas do pagamento dos prêmios de resseguro.

A apuração do resultado técnico será atualizada monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, desde o término do período de apuração estabelecido no Contrato até a data da distribuição do excedente técnico, não cabendo qualquer adiantamento nesse período.

Nos **Seguros** parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído pode ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao **Segurado**.

5. DA DISTRIBUIÇÃO

A distribuição de Excedentes Técnicos será realizada após o término de vigência anual da apólice depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento.

A participação no Excedente Técnico está condicionada a que a apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, uma média mínima mensal de 500 (quinhentos) Segurados Principais.