

1. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

1.1. Acidente pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta à morte, ou a invalidez permanente total do Segurado, observando-se que:

1.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a)** a suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b)** os acidentes decorrentes de 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 accidental de gases e vapores;
- d)** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.1.2 Excluem-se desse conceito: 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em

qualquer tempo;

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, definido no item acima.

1.2. Administradora: Pessoa jurídica autorizada pelo BACEN a formar grupo de consórcios e a atuar como gestora dos negócios do grupo, representante de seus interesses e direitos.

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

1.4. Apólice: documento emitido pela Seguradora, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.

1.5. Ato ilícito: é toda a ação ou omissão voluntária, negligente, imperita ou imprudente, da qual resulte violação de direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

1.6. Atualização Monetária: é a correção monetária anual dos capitais segurados e prêmios, bem como das indenizações e prêmios em atraso se estas não forem pagas no prazo devido, em conformidade com estas Condições Gerais.

1.7. Aviso de Sinistro: comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante, segurado ou comunicante são obrigados a fazer à Sociedade Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento coberto. Esta comunicação deverá ser feita, preferencialmente logo após a ocorrência do sinistro.

1.8. Beneficiário: pessoa jurídica designada para receber o valor da indenização, neste caso, a Estipulante, na hipótese de ocorrência de sinistro do segurado.

1.9. Boa Fé: é a intenção pura, isenta de dolo ou engano, com que a pessoa realiza o negócio ou executa o ato, certa de que está agindo na conformidade do direito e, consequentemente, protegida pelos preceitos legais. É um dos princípios fundamentais do contrato de seguro, obrigando as partes a

agirem com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e da determinação do significado dos compromissos assumidos pelas mesmas.

1.10. Capital Segurado: é o valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro.

1.11. Capital Segurado Vinculado: modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor do saldo devedor, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

1.12. Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora que contém informações específicas do seguro contratado, destinado a cada Segurado como comprovante da aceitação ou renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

1.13. Cobertura: risco ou conjunto de riscos cobertos pelo contrato do seguro.

1.14. Cobertura Básica: é a garantia do seguro, cuja contratação é obrigatória para celebração do contrato de seguro.

1.15. Cobertura Adicional: é a garantia acessória do seguro, que somente pode ser contratada juntamente com a Cobertura Básica.

1.16. Cobertura Individual: garantia de cada Segurado incluído na apólice de seguro, as coberturas contratadas, com início na data de sua aceitação pela Seguradora, e término limitado ao final da vigência da apólice, respeitado o período do prêmio pago.

1.17. Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber do Estipulante.

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

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

1.20. Contrato: instrumento jurídico firmado entre Estipulante e a Seguradora, no qual são estabelecidas as regras para a contratação do

seguro, estabelecendo-se direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora e dos Segurados.

1.21. Consorciado: é a pessoa física que integra o grupo, obrigando-se a contribuir para o alcance dos objetivos deste.

1.22. Consórcio: é o sistema de administração do capital de um grupo, destinado à aquisição de bens a prazo.

1.23. Contemplação: é a atribuição ao consorciado da possibilidade de utilizar o crédito representado na carta de crédito.

1.24. Crédito: o valor contratado pelo segurado, no momento da adesão ao grupo de consórcio, junto à Administradora, com o objetivo de aquisição de um bem.

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

1.26. Declaração Pessoal de Saúde: declaração constante da Proposta de Adesão, na qual o qual o Consorciado presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela seguradora.

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

1.28. Dolo: é a vontade do agente dirigida para atingir determinado objetivo. Em termos contratuais, é uma falta intencional para ilidir uma obrigação. A atuação se dá de forma a enganar o outro contratante ou induzi-lo em erro na prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e em proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

1.29. Estipulante: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, na qual assume o papel do credor nas operações do seguro prestamista;

1.30. Evento coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído das condições gerais da apólice, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do Beneficiário que neste caso é a Estipulante.

1.31. Evento preexistente: toda e qualquer lesão decorrente de acidente ou doença ocorrida

com o Segurado, anteriormente à data do início de vigência da cobertura individual, e que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro.

1.32. Foro: Âmbito geográfico, competente para as disputas judiciais decorrentes do Contrato de Seguro.

1.33. Fraude: é o ato de enganar, omitir, adulterar, fazer declarações falsas, obter benefícios ilícitos. O código penal, no art. 171, inciso V, capitula como crime a fraude para recebimento de indenização ou valor de seguro mediante a deliberada destruição, total ou parcial da coisa segurada, ou a ocultação da mesma, e, ainda, a lesão ao próprio corpo e saúde.

1.34. Indenização: valor a ser pago pela Seguradora ao Beneficiário do seguro, neste caso à Estipulante, na ocorrência de evento coberto pela apólice.

1.35. Invalidez parcial: perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, parcial e definitiva, motivada por acidente, e para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

1.36. Invalidez permanente: aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

1.37. Invalidez permanente total por acidente: perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, total e definitiva, motivada por acidente, e para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

1.38. Invalidez laborativa permanente total por doença: aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado, causada por doença. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.39. IOF: Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou relativas a Títulos ou Valores Mobiliários.

1.40. Juros de Mora: são os juros devido em face do pagamento do prêmio ou da indenização

em atraso, estabelecido nos termos destas condições.

1.41. Liquidação de Sinistro: processo de pagamento de indenização ao Segurado ou ao Beneficiário do seguro.

1.42. Limite Máximo de indenização: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao Beneficiário do seguro, conforme o caso, por cobertura contratada na ocorrência dos eventos previstos na Apólice, desde que contratada e vigente a respectiva garantia.

1.43. Nefrectomia: retirada cirúrgica do rim.

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

1.45. Omissão: no seguro, é a ocultação de fato ou circunstância que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou aceitá-lo com agravações tarifárias e/ ou outras condições.

1.46. Perda Funcional Definitiva: perda definitiva da capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

1.47. Período de cobertura: período durante o qual o Segurado ou o Beneficiário, quando for o caso, fará jus aos capitais segurados contratados, conforme previsto nas condições gerais do seguro.

1.48. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

1.49. Pro Rata Temporis: no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do Contrato de seguro.

1.50. Prognóstico: parecer médico, baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas, acerca da duração, evolução e término de uma doença.

1.51. Proponente: É a pessoa física ou jurídica interessada em aderir ao seguro, tomadora de crédito junto ao Estipulante, neste caso o consorciado.

1.52. Proposta de adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção

de aderir à contratação coletiva, manifestando o pleno conhecimento das condições contratuais.

1.53. Regulação de Sinistro: São os procedimentos de análise das causas, circunstâncias e valores do sinistro ocorrido, a fim de se verificar a caracterização do risco e o cumprimento contratual pelo segurado.

1.54. Riscos: evento incerto, independente da vontade das partes, cuja ocorrência resulta em prejuízo de ordem econômica e contra o qual é feito o seguro.

1.55. Riscos excluídos: correspondem aos riscos, previstos nas Condições Contratuais, não cobertos pelo plano de seguro contratado.

1.56. Saldo Devedor: saldo residual da dívida contraída junto ao Estipulante, apurado na data de ocorrência do sinistro.

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

1.58. Seguradora: XS2 Vida e Previdência S.A. que, devidamente autorizada pelo Governo Federal, assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do prêmio.

1.59. Sinistro: evento coberto pela apólice de seguro, ocorrido durante o período de cobertura.

1.60. Superintendência de Seguros Privados (SUSEP): órgão fiscalizador das atividades de seguros no Brasil.

1.61. Termo Aditivo: também chamado de endosso, é o termo utilizado para promover alterações na apólice de seguro.

1.62. Vigência: período em que estarão em vigor as garantias do seguro.

2. OBJETO DO SEGURO

2.1. O Seguro Prestamista tem por objeto amortizar ou quitar, conforme o caso, as obrigação(ões) ou compromisso(s) referentes ao contrato de consórcio firmado entre o segurado e o Estipulante, até o limite do saldo devedor, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, com um dos segurados, **observados os Riscos Excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do Capital Segurado e as demais disposições contratuais.**

3. ESTIPULANTE

3.1. É a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, na qual assume o papel do credor ou do devedor

nas operações do seguro prestamista;

4. GARANTIAS DO SEGURO

4.1. COBERTURA BÁSICA

4.1.1. MORTE POR CAUSAS NATURAIS E ACIDENTAIS

4.1.1.1. Garante o pagamento, ao Estipulante, de uma indenização correspondente ao saldo devedor do segurado, na ocorrência de sua morte, por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

4.2. COBERTURAS ADICIONAL(S)

4.2.1. INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE

4.2.1.1. Garante o pagamento, ao Estipulante, de uma indenização correspondente ao saldo devedor, em caso da perda, redução ou impotência funcional definitivo total do segurado, causada por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, caracterizada conforme a seguir:**

- a) Perda total da visão de ambos os olhos.
- b) Perda completa do uso de ambos os membros superiores.
- c) Perda completa do uso de ambos os membros inferiores.
- d) Perda completa do uso de ambas as mãos.
- e) Perda completa do uso de ambos os pés.
- f) Perda completa do uso de um membro superior e de um membro inferior.
- g) Perda completa do uso de uma das mãos e de um dos pés.
- h) Alienação mental total e incurável, quando resultante direta e exclusivamente de acidente coberto pelo seguro.
- i) Nefrectomia bilateral.

4.2.2. INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

4.2.2.1. Garante o pagamento de uma indenização correspondente ao saldo devedor, em caso de Invalidez Permanente e Total consequente de doença do segurado, para o exercício da sua atividade laborativa principal. Considera-se como tal aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a

incapacidade não tenha sido contraída antes da data de assinatura do contrato.

4.2.2.2. Consideram-se como total e permanentemente inválidos, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

4.2.2.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, a invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora documentos citados no item 19.9. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames complementares de avaliação da invalidez e/ou do nível da incapacidade, sob pena de suspensão do prazo de pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.

4.2.2.4. 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 estas coberturas.

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

4.2.2.6. A junta médica de que trata o item anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

4.2.2.7. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

4.2.2.8. O prazo de constituição para a junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

4.2.2.9. Não será configurado como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

4.2.2.10. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos relacionados a, ou 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 exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b. atos ou operações de guerra, tais como: guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas provenientes, exceto se decorrentes da prestação do serviço militar, declarados ou não, ou em caso de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c. furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

d. pandemias e epidemias, oficialmente reconhecidas por autoridade competente nacional ou internacional;

e. envenenamento de caráter coletivo;

f. da tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências, ocorridos antes de completados 2 (dois) anos ininterruptos do início da respectiva cobertura individual de cada segurado, ou da sua recondução depois de suspenso;

g. de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;

h. Invalidez Parcial e/ou Funcional do Segurado: perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, parcial e definitiva, motivada por acidente, e para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

5.2. Além dos riscos excluídos mencionados no subitem 5.1, estão expressamente excluídos das coberturas relacionadas a acidentes pessoais, os eventos ocorridos em consequência de:

a. ato reconhecidamente perigoso, exceto se decorrente 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;

b. acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;

c. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, exceto se prescrito por médico, em decorrência de acidente coberto;

d. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;

e. Parto, aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;

f. Choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal.

5.3. CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCLUSÃO PARA ATOS DE TERRORISMO

5.3.1. No presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, independentemente de seu propósito.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. GRUPO SEGURÁVEL

7.1.1. É considerado Grupo Segurável a totalidade de pessoas físicas, que reúnem as condições para adesão ao seguro, que venham a adquirir cotas de consórcio e que tenham como característica o pagamento de determinada quantia em dinheiro ao credor, por parte do devedor, decorrente de obrigação contratual.

7.2. GRUPO SEGURADO

7.2.1. É considerado grupo segurado o conjunto de todos os componentes do grupo segurável efetivamente aceitos pela Seguradora segundo estas Condições Gerais.

7.3. ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS

7.3.1. Somente serão aceitos neste seguro, os segurados, que na data da assinatura da Proposta de adesão:

a) Estejam em perfeitas condições de saúde;

b) Tenham no mínimo 16 (dezesesseis) anos, desde que emancipado e no máximo 79 (setenta e nove) anos, sendo que para efeito de aceitação a idade do segurado somada ao prazo de amortização não poderá ultrapassar 79 (setenta e nove) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;

c) O limite máximo de aceitação automática decorrente da totalidade dos créditos concedidos a cada consorciado não poderá ultrapassar 2 (duas) vezes o maior valor nominal de carta de crédito admitida pela Estipulante. Para os casos em que ultrapassar esse valor, será solicitado Declaração Pessoal de Saúde e a aceitação será analisada na subscrição de cada risco.

7.3.2. A adesão do componente do Grupo Segurável à Apólice coletiva é facultativa e deverá ser realizada mediante a assinatura da Proposta de Adesão, pelo proponente ou representante legal, por meio físico ou eletrônico, após tomar conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro.

7.4. NORMAS DE ACEITAÇÃO

7.4.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

7.4.2. Observada a regulamentação específica em vigor, a(s) Proposta(s) de Adesão(ões) recebida(s) pela Seguradora com todos os elementos essenciais à análise e aceitação do risco, será(ão) considerada(s) integralmente aceita(s), caso a Seguradora contra ela(s) não se manifeste(m) expressamente ao Proponente, explicitando o(s) motivo(s) da recusa, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, que corresponde à data do protocolo de recebimento emitido pela Seguradora.

7.4.3. Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a análise da aceitação. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

7.4.4. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou alteração da Proposta, prevista no item 7.4.3 destas condições gerais, poderá ser feita apenas uma única vez.

7.4.5. Durante o prazo estabelecido nos itens

7.4.2 e 7.4.3, limitado, conforme o caso, à data em que a Seguradora recusar a Proposta, será concedida cobertura ao segurado para os eventos decorrentes de acidentes pessoais, ressalvadas as hipóteses de exclusão e demais disposições previstas nestas Condições Gerais.

7.4.6. No início de vigência do seguro, bem como nas renovações subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual do seguro, o qual conterá os dados mínimos, quais sejam: Nome do segurado; data de início e término de vigência da cobertura individual do(s) Segurado(s), Capital Segurado das coberturas contratadas, prêmio total do seguro e Beneficiário(s) do seguro.

7.4.7. No caso da não-aceitação da(s) Proposta(s) no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito, e o valor pago antecipadamente será restituído pela Seguradora ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado monetariamente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, a contar da data da formalização da recusa até a data da efetiva restituição, de acordo com a legislação em vigor.

7.4.8. Em caso de extinção do INPC será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente, ficando a Seguradora responsável em dar ciência aos Segurados desta alteração.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. O prazo de vigência do seguro corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado.

8.1.1. A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez, sendo que para as renovações posteriores, deverá haver manifestação expressa do Estipulante.

8.1.1.1. A renovação automática não se aplicará, caso o Estipulante ou a Seguradora manifestem expressamente o seu desinteresse na continuidade do plano, mediante comunicação prévia de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

8.1.2. A renovação que acarrete ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

8.1.3. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar ao Proponente e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

8.2. O início de vigência da apólice se dará na data expressa no contrato de seguro firmado entre a Seguradora e o Estipulante.

8.2.1. A cobertura individual inicia na data da primeira assembleia geral ordinária constitutiva do grupo. É de inteira responsabilidade da administradora estipulante informar à seguradora as datas a que se refere esta cláusula para início das coberturas.

8.2.2. Para o consorciado que aderir ao grupo já constituído, as coberturas têm início na data da adesão desse consorciado e termina na forma a que alude o item acima.

8.2.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, à cobertura individual cessa automaticamente às 24 (vinte e quatro) horas da data do término de vigência da apólice ou no decorrer de sua vigência, se ocorrer uma das situações previstas no item 18 destas Condições, que tratam do Cancelamento da cobertura individual, com a extinção do prazo de duração do grupo ou com a extinção da dívida do consorciado.

8.3. O Estipulante se compromete a comunicar a Seguradora os casos de adequações de capitais e ou transferência de cotas com substituição de um Segurado por outro, bem como no caso de exclusões por interesse do Estipulante.

8.4. O Proponente poderá solicitar o cancelamento da cobertura individual do seguro, a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

8.5. A cobertura individual termina quando houver decorrido o prazo de vigência especificado no certificado individual ou na data do pedido do cancelamento da cobertura individual do seguro.

8.6. Sem prejuízo das demais disposições desta cláusula, a renovação automática da cobertura individual somente estará caracterizada caso haja o pagamento do valor do prêmio.

8.7. Caso ocorra a repactuação do prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada e:

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

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

8.8. ATUALIZAÇÃO DO GRUPO SEGURADO

8.8.1. O Estipulante deverá se comprometer a comunicar expressamente à Seguradora, até o terceiro dia útil do mês imediatamente seguinte, todas as ocorrências de inclusões e/ou exclusões de Segurados do mês anterior, para providências de atualização do grupo segurado, e emissão de fatura de pagamento.

9. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

9.1. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a Sociedade Seguradora e o Estipulante no aniversário da apólice, respeitados os compromissos firmados com os Segurados em contratos anteriores às alterações e as normas aplicáveis ao Seguro Prestamista, por meio de Termo Aditivo.

9.2. Qualquer modificação na apólice, estando ela em vigor, que acarrete ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

9.3. Na eventualidade de desequilíbrio atuarial causado por aumento significativo da sinistralidade, que torne o seguro incompatível com as condições mínimas de manutenção, a Seguradora e o Estipulante poderão a qualquer tempo renegociar novas taxas comerciais que restabeleçam o equilíbrio financeiro da apólice.

9.3.1. A alteração prevista no item 9.1 ocorrerá por meio de aditamento do contrato de seguro e, caso acarrete ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, a modificação da Apólice dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

9.4. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo endosso.

9.4.1. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias,

contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.

9.4.2. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que for entregue a documentação.

9.4.3. A Seguradora deverá, sendo o caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. O primeiro Beneficiário do Seguro Prestamista é o credor, o próprio Estipulante da apólice, a quem deverá ser paga a indenização, no valor do saldo devedor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o proponente está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Fica convencionado que o Capital Segurado será estruturado na modalidade de Capital Segurado vinculado, ou seja, é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste do contrato.

11.1.1. O Capital Segurado a ser pago pela Seguradora no caso de sinistro coberto corresponderá ao valor do saldo devedor do segurado, apurado na data da ocorrência do evento coberto.

11.1.2. O saldo devedor a que se refere o item 11.1.1 corresponde ao valor devido pelo consorciado, composto pelo fundo comum, fundo de reserva, pela taxa de administração, eventuais juros e multas, atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, até a data da ocorrência do evento coberto.

11.1.3. O saldo devedor do segurado será atualizado mensalmente, de acordo com os pagamentos realizados pelo Segurado.

11.2. Por se tratar de um Seguro de modalidade Prestamista, o capital segurado e o Prêmio do Seguro individual serão atualizados com base na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário da data de formação do grupo. Tendo as parcelas mensais recalculadas

com base no novo valor;

11.2.1. Em caso de extinção do INPC será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente, ficando a Seguradora responsável em dar ciência aos Segurados desta alteração.

12. RECÁLCULO DE VALORES

12.1. O valor do prêmio de seguro individual será recalculado mensalmente com base no saldo devedor da dívida, de acordo com as amortizações realizadas pelo Segurado e conforme as condições previstas no contrato firmado entre o Consorciado e o Estipulante, segundo a descrição do item 11.2.

13. CUSTEIO DO SEGURO

13.1. O custeio do prêmio de seguro será contributivo, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo proponente. As consequências do não pagamento, no prazo estabelecido, encontram-se descritas nos itens 16 e 18.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1. A periodicidade de pagamento dos prêmios do seguro será mensal, devidamente acordado entre o Estipulante e a Seguradora.

14.1.1. O prêmio será cobrado individual e mensalmente, juntamente com o pagamento da prestação mensal do consórcio custeado totalmente pelo Segurado, no dia do vencimento da prestação mensal do consórcio.

14.1.2. O Prêmio será calculado mensalmente pela aplicação da taxa de seguro acrescida de IOF sobre o saldo devedor do consórcio do mês em referência.

14.1.3. O Estipulante obriga-se a comunicar a Seguradora, até o 15º (décimo quinto) dia de cada mês, a relação dos Segurados para emissão da fatura.

14.2. A seguradora apresentará ao estipulante o documento de cobrança da conta de prêmios a serem pagos, com, no mínimo, 5 (cinco) dias úteis de antecedência à data do seu vencimento.

14.3. As entradas e saídas de Segurados, que por algum motivo não forem encaminhados à Seguradora até a data determinada para emissão da fatura, deverão ser consideradas na fatura do mês seguinte.

14.4. A não observância pelo Estipulante dos itens 14.2 e 14.3 autorizará a Seguradora a emitir a fatura do mês cobrando o prêmio da fatura do mês anterior, tendo seu ajustamento no

mês seguinte.

14.5. Caso a data de vencimento do prêmio ocorra em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem acréscimo de valor.

14.6. O prêmio do período em atraso será cobrado acrescido de juros de mora à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado à base pró-rata dia, da data de vencimento até a data do efetivo pagamento e, adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do prêmio não pago, com base na variação positiva do INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor.

14.7. Em caso de extinção do INPC será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela SUSEP - Superintendência de Seguros Privados ou outra autoridade competente, ficando a Seguradora responsável em dar ciência aos Segurados desta alteração.

14.8. Ocorrendo a inadimplência da fatura até a data estabelecida para o vencimento da respectiva fatura mensal, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio.

14.9. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido efetuado.

14.10. Constitui obrigação da seguradora informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante, sempre que lhe for solicitado.

14.11. Caso o consorciado opte por realizar antecipações no pagamento, o prêmio do seguro:

14.11.1. Não será cobrado referente as parcelas amortizadas, caso o valor da parcela seja mantido e o prazo do contrato seja reduzido.

14.11.2. Será cobrado, caso o valor da parcela seja reduzido e o prazo do contrato seja mantido.

14.12. O atraso ou não pagamento pelo consorciado do encargo mensal da operação, que inclui o prêmio de seguro, implicará na perda da cobertura para os sinistros ocorridos no respectivo período de cobertura, salvo se o sinistro ocorrer após a data em que o consorciado regularizar o pagamento.

14.13. Na regularização de parcelas vencidas e não pagas, haverá cobrança de prêmio.

15. REVISÃO DE TAXA

15.1. Durante o transcurso desta apólice, será

apurada, pelo regime de competência, a relação percentual entre **sinistros retidos e prêmios ganhos** dos últimos 12 (doze) meses de vigência do seguro, contados a partir do início de vigência da apólice, procedendo-se à revisão das taxas de seguro, buscando-se o equilíbrio da apólice.

15.2. Por sinistros retidos, entender-se-á: sinistros avisados (pagos + pendentes) - recuperações de sinistros (salvados e ressarcimentos) + variação do IBNR (sinistros ocorridos, mas não avisados).

15.3. Caso a relação (Sinistro Retido / Prêmio Ganho) seja igual ou superior a **60%**, a Seguradora se reserva do direito de proceder o recálculo da taxa para manter o equilíbrio atuarial do seguro.

15.4. Qualquer alteração que acarrete ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, a modificação da Apólice dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

16. TOLERÂNCIA EM CASO DE INADIMPLEMENTO

16.1. Estando o segurado em atraso com o pagamento do prêmio do seguro, por prazo não superior a 90 (noventa) dias, contados da data do vencimento da primeira parcela não paga, e ocorrendo sinistro em data diversa do período de inadimplência, o pagamento da indenização devida estará condicionado a (o):

a. recebimento pela Seguradora dos documentos necessários à comprovação do sinistro, de acordo com o item 19 – Liquidação do sinistro;

b. comprovação pela Seguradora do sinistro coberto por este seguro, observado o item 20 - Perda de Direito e demais cláusulas destas Condições Gerais; e

c. quitação do(s) prêmio(s) em atraso atualizado(s) conforme item 14.6.

16.2. Não sendo efetivada a purgação da mora até a data da liberação da indenização correspondente, conforme disposto no item 16.1, alínea “c”, a Seguradora procederá com o desconto dos valores devidos diretamente da indenização a ser paga.

16.3. Os sinistros ocorridos após o prazo de tolerância previsto no item 16.1, de 90 (noventa) dias, não serão passíveis de cobertura, ocorrendo neste caso, a perda de

direito à indenização conforme dispõe o artigo 763 do Código Civil Brasileiro.

16.4. A tolerância prevista no item 16.1 somente será devida aos seguros cuja periodicidade de pagamento de prêmios seja mensal.

17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

17.1. O atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio implicará na suspensão imediata e automática das coberturas do seguro, durante o período de inadimplência, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e/ou obrigações decorrentes de eventos ocorridos no período de suspensão.

17.1.1. Para os contratos em que o vencimento dos prêmios for **postecipado**, se o consorciado segurado deixar de pagar os prêmios, as coberturas do seguro cessarão a partir do dia do vencimento do prêmio não pago.

17.1.2. Para os contratos em que o vencimento dos prêmios for **antecipado**, se o consorciado segurado deixar de pagar os prêmios, as coberturas do seguro cessarão a partir do dia imediatamente seguinte ao do vencimento do prêmio não pago.

17.2. O período de suspensão de que trata o item 17.1 acima, não poderá ultrapassar a 90 (noventa) dias, contados da data do vencimento da primeira parcela não paga.

17.3. As coberturas poderão ser reabilitadas, sem retroatividade, a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que se retomar o pagamento do prêmio, somente respondendo a Seguradora pelos sinistros ocorridos a partir da data da reabilitação.

17.4. As parcelas em atraso anteriores à ocorrência do sinistro, os juros e/ou multas decorrentes do inadimplemento do segurado serão incorporados ao saldo devedor, sendo que o pagamento da indenização estará condicionado à quitação das mesmas pelos herdeiros.

17.4.1. O item acima não se aplica à parcela referente ao mês do sinistro ocorrido, aplicando-se as regras do item 17.1.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A presente apólice de seguro poderá ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, podendo a Seguradora reter

do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

18.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, a apólice estará cancelada, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos da Seguradora, nas seguintes situações:

a. pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;

b. se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante ou Subestipulante no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

18.3. O contrato de seguro será cancelado automaticamente mediante as seguintes ocorrências:

a) Em havendo atraso no pagamento do prêmio de seguro, por prazo superior a 90 (noventa) dias, contados da data do vencimento da primeira parcela não paga;

b) Por solicitação expressa do Estipulante informando que não mais deseja continuar no seguro, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo.

18.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, observadas as disposições das condições gerais, a cobertura do segurado cessa:

a. quando a obrigação for extinta;

b. com o desaparecimento do vínculo do Proponente com o Estipulante;

c. por solicitação expressa do proponente e/ou o segurado a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação, cabendo à Seguradora providenciar a devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;

d. no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada;

e. com o pagamento da indenização por Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado ou Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença;

f. pela tentativa de o Segurado, Proponente, seu(s) Beneficiário(s) ou o Representante Legal de um ou de outro impedir(em) ou dificultar(em) quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

g. na hipótese de o Segurado, Proponente, seu(s) Beneficiário(s), ou ainda, o Representante Legal ou o(s) Preposto(s) de um ou de outro agir(em) com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda, para obter ou para majorar a indenização.

h. em caso de pagamento de prêmio mensal, quando o prêmio não for pago conforme convencionado, havendo atraso no pagamento do prêmio de seguro, por prazo superior a 90 (noventa) dias, contados da data do vencimento da primeira parcela não paga, aos seguros cuja periodicidade de pagamento de prêmios seja mensal.

18.4.1. Ocorrendo dolo, fraude ou simulação, conforme previsto na alínea “g” do item 18.4, não haverá restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18.5. O pagamento de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento do seguro não implica reabilitação das garantias nem gera qualquer efeito, ficando esse valor à disposição do Estipulante, observado o mês de competência.

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

18.7. É facultado ao segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação.

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o(s) comunicante(s) comprovar(em) satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições Gerais, item 19.9.

19.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente contrato de seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de todos os documentos básicos, mencionados no item 19.9.

19.2.1. Mediante dúvida fundada e justificável, observadas as necessidades de cada caso, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação do

sinistro.

19.2.2. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares para análise da cobertura ou cálculo das indenizações, os prazos para a seguradora indenizar ou emitir parecer ficarão suspensos, voltando a correr a partir do recebimento pela Seguradora desses documentos, informações ou esclarecimentos.

19.2.3. Caso o segurado/beneficiário não providencie as informações e/ou documentos solicitados no prazo de 120 (cento e vinte dias) após a primeira solicitação, a Seguradora reserva-se o direito de suspender a cobertura por ausência de informações que possibilitem a continuidade na análise do processo de sinistro. Somente quando a documentação necessária for providenciada o sinistro poderá ser reativado respeitando o período prescricional conforme estabelece o código civil brasileiro.

19.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação ou exames complementares, correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

19.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer indenização.

19.4.1. Para efeito de cálculo de indenização será considerado o Saldo Devedor vigente na data de ocorrência do sinistro que corresponderá:

- a. para a cobertura de morte: a data do óbito do(s) segurado(s);
- b. para a cobertura de invalidez permanente e total por acidente: a data do acidente do(s) segurado(s) que gerou a invalidez, comprovada por laudos/exames médicos;
- c. em caso de invalidez laborativa permanente e total por doença: a data do exame médico que constatou a incapacidade laborativa principal do segurado informada na declaração do órgão previdenciário ou a data informada na Carta de Concessão de Aposentadoria.

19.5. Se comprovada a protelação injustificada do pagamento da indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora no cumprimento das obrigações de pagamento do segurado com o credor.

19.6. Caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.

19.7. Para efeito de cálculo de indenização, será considerado o valor do saldo devedor composto pelo fundo comum, fundo de reserva, taxa de administração, juros e multa, atualizado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, apurado até a data da ocorrência do evento coberto.

19.7.1. Em caso do não pagamento da indenização devida no decurso do prazo definido no item 19.2, o valor será corrigido pelo INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor. Em caso de extinção do INPC será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente, ficando a Seguradora responsável em dar ciência aos Segurados desta alteração.

19.7.2. O cálculo de atualização que trata o item 19.7 será efetuado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da indenização, e aquele publicado imediatamente anterior à data de seu efetivo pagamento.

19.8. Incidirão juros de mora à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, *pró-rata* dia, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 19.2, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores.

19.9. DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO À INDENIZAÇÃO

19.9.1. Para habilitação ao pagamento da indenização devida em razão de sinistro coberto por este seguro, sua ocorrência deverá ser imediatamente comunicada e ainda encaminhados à Seguradora os documentos a seguir relacionados:

19.9.1.1. Documentos para habilitação à indenização, em caso de Morte Natural:

- a. Aviso de sinistro preenchido e enviado pela Central após comunicado pelo beneficiário ou segurado;

b. Cópia do Registro Geral - RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE e do Cadastro de Pessoa Física – CPF a ser enviada pelo beneficiário ou segurado;

c. Cópia da Certidão de óbito do(s) segurado(s) a ser enviada pelo beneficiário ou segurado;

d. Relatório de cotas disponibilizado pela Administradora;

e. Extrato inicial da cota disponibilizado pela Administradora;

f. Extrato ajustado fornecido pela Estipulante informando o saldo devedor atualizado da cota;

Obs.: Caso não conste no atestado de óbito a causa mortis do segurado, deverá ser fornecida Declaração de um Médico responsável indicando a causa mortis.

19.9.1.2. Documentos para habilitação à indenização, em Caso de Morte por Acidente:

a. Aviso de sinistro preenchido e enviado pela Central após comunicado pelo beneficiário ou segurado;

b. Cópia do Registro Geral - RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE e do Cadastro de Pessoa Física – CPF a ser enviada pelo beneficiário ou segurado;

c. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver, a ser enviada pelo beneficiário ou segurado;

d. Relatório de cotas disponibilizado pela Administradora;

e. Extrato inicial da cota disponibilizado pela Administradora;

f. Extrato ajustado fornecido pela Estipulante informando o saldo devedor atualizado da cota;

g. Cópia do Laudo do IML - Instituto Médico Legal / Exame Cadavérico / Necropsia, enviado pelo beneficiário ou segurado;

h. Cópia do Laudo Pericial realizado na ocasião do acidente, emitido pela autoridade policial competente, a ser enviado pelo beneficiário ou segurado;

i. Cópia em cartório da carteira de habilitação, em caso de acidente com veículo terrestre, aéreo ou náutico, conduzido pelo Segurado, a ser enviado pelo beneficiário ou segurado.

19.9.1.3. Documentos para habilitação à indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;

a. Aviso de sinistro preenchido e enviado pela Central após comunicado pelo segurado ou seu representante legal;

b. Cópia do Registro Geral - RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE e do Cadastro de Pessoa Física – CPF a ser enviada pelo segurado ou seu representante legal;

c. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, quando se tratar de Invalidez Permanente Total por Acidente, a ser enviada pelo segurado ou seu representante legal;

d. Cópia do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, quando se tratar de Invalidez Permanente Total por Acidente, a ser enviada pelo segurado ou seu representante legal;

e. Cópia da carteira de habilitação, em caso de acidente com veículo terrestre, aéreo ou náutico, conduzido pelo Segurado, a ser enviada pelo segurado ou seu representante legal;

f. Laudo de Alta Médica definitiva, contando às sequelas permanentes deixadas pelo acidente que caracteriza a invalidez total e permanente, a ser enviado pelo segurado ou seu representante legal;

g. Documentos médicos comprobatórios da situação clínica do Segurado, após o acidente, como: exames clínicos, radiografias, laudos de tomografia, e outros julgados necessários para a comprovação da invalidez, a serem enviados pelo segurado ou seu representante legal;

h. Relatório de cotas disponibilizado pela Administradora;

i. Extrato inicial da cota disponibilizado pela Administradora;

j. Extrato ajustado fornecido pela Estipulante informando o saldo devedor atualizado da cota;

k. Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez Permanente, emitida pelo órgão previdenciário;

l. Cópia da publicação da aposentadoria no Diário Oficial.

19.9.1.4. Documentos para habilitação à indenização, em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença:

a. Aviso de sinistro preenchido e enviado pela Central após comunicado pelo segurado ou seu representante legal;

b. Cópia do Registro Geral - RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE e do Cadastro de Pessoa Física – CPF a ser enviada pelo segurado ou seu representante legal;

c. Documentos médicos comprobatórios da situação clínica do Segurado, após a doença, como: exames clínicos, radiografias, laudos de tomografia, e outros julgados necessários para a comprovação da invalidez, a serem enviados pelo segurado ou seu representante legal;

d. Relatório de cotas disponibilizado pela Administradora;

e. Extrato inicial da cota disponibilizado pela Administradora;

f. Extrato ajustado fornecido pela Estipulante informando o saldo devedor atualizado da cota;

g. Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez Permanente, emitida pelo órgão previdenciário;

h. Cópia da publicação da aposentadoria no Diário Oficial.

19.9.2. Tratando-se de segurado aposentado por tempo de serviço ou não vinculado a órgão previdenciário, a invalidez será comprovada mediante documentos e laudos médicos apresentados e/ou perícia médica realizada e custeada pela Seguradora.

19.9.3. Não aceitando a decisão da seguradora, o segurado deverá submeter-se a junta médica constituída por três membros, sendo um indicado e custeado pelo próprio segurado, outro indicado e custeado pela seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois indicados e custeado igualmente pelas partes.

19.9.4. 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.

19.9.5. Quando se tratar de perícia médica a ser contratada pela seguradora, o estipulante encaminhará também laudos de exames, atestados médicos, guias de internação e quaisquer outros documentos de que o segurado disponha relacionados com o mal incapacitante.

19.9.6. Fica entendido e acordado que mediante dúvida fundada e justificável, observadas as necessidades de cada caso, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação do sinistro.

19.10. RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÕES

19.10.1. Toda a responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

20. PERDA DE DIREITO

20.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro ao Estipulante, caso haja por parte do Estipulante, do Corretor de Seguros, do Segurado, do Proponente, do(s) seu(s) Beneficiário(s), ou ainda do Representante Legal ou Preposto(s) de um ou de outro:

a. inexistência ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, bem como na regulação do sinistro;

b. inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

c. dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;

d. inobservância do artigo 768 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito às garantias do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;

e. não fornecimento da documentação solicitada.

20.2. Se constatado que a inexistência ou a omissão nas declarações prestadas, conforme mencionado no item 20.1 alínea "a", não resultou de má-fé, a Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

a. Cancelar o seguro após o pagamento da indenização, cobrando a diferença de prêmio cabível.

20.3. O Proponente e/ou o Segurado são obrigados a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, sobre todo e/ou parte de qualquer incidente suscetível de agravar ou alterar o risco coberto, sob pena de perder o direito às garantias do seguro, se provado que silenciou de má-fé, conforme artigo 769

do Código Civil Brasileiro.

20.3.1. Comunicada a respeito de qualquer incidente, a Seguradora poderá cancelar a cobertura individual, mediante comunicação por escrito ao Proponente, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso da alteração do risco.

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

20.3.3. Entende-se como alteração do risco ocorrências como: mudança das informações prestadas no ato da contratação do seguro.

21. NORMAS E PROCEDIMENTOS

21.1. A averbação do seguro, a cobrança de prêmios, a regulação e liquidação de sinistros, a apuração de dados estatísticos e demais rotinas de procedimentos necessárias à gestão e ao aperfeiçoamento do seguro deverão estar de acordo com a legislação respectiva e serão definidos em Normas e Procedimentos a serem acordados entre o Estipulante e a Seguradora, devendo fazer parte integrante da apólice, não prevalecendo, entretanto, em hipótese alguma, sobre as Condições Gerais do seguro.

21.2. As Normas e Procedimentos supra referidos serão modificados de comum acordo entre o Estipulante e a Seguradora.

22. PRESCRIÇÃO

22.1. Qualquer pretensão do Segurado ou do Beneficiário com fundamento no presente seguro, prescreve nos prazos estabelecidos no Código Civil Brasileiro.

23. TRANSFERÊNCIA DA CARTEIRA

23.1. Eventual cessão de carteira entre companhias seguradoras deverá ser precedida de autorização do órgão regulador, em observância à Circular SUSEP 456/2012.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. Constituem obrigações do Estipulante:

a. manter e fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a avaliação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo eventualmente dados cadastrais dos proponentes, observada a legislação em vigor atinente à proteção de dados pessoais;

b. fornecer ao Segurado e ao Proponente, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

c. discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitido para o Segurado;

d. 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;

e. dar ciência aos Segurados e Proponentes dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

f. comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

g. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

h. dar ciência aos Segurados/Proponentes de todos os termos destas Condições Gerais, fornecendo-lhes as condições gerais impressas no ato da concessão;

i. Repassar os prêmios do seguro à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos;

j. comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, em caso de extinção antecipada da obrigação, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;

k. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, fazendo constar do mesmo, expressamente, o valor dos prêmios do seguro, o nome da seguradora e a informação de que o não pagamento do prêmio poderá acarretar a suspensão/ cancelamento do seguro;

24.2. É vedado ao Estipulante:

I. cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;

II. rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

III. efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora,

e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e

IV. vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

25. INFORMAÇÕES SUSEP

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

25.2. O Segurado e o Proponente 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 e CNPJ.

26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

26.1. 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 desta apólice.

26.2. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do processo constante da apólice/proposta.

26.3. O Proponente ao assinar a Proposta expressa formalmente sua intenção de adquirir o seguro e que tem conhecimento integral do conteúdo destas Condições Gerais.

26.4. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao proponente o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

27. CENTRAL DE RELACIONAMENTO

27.1. Para quaisquer informações e/ou esclarecimentos dispõem o segurado, bem como seu(s) beneficiário(s), da Central de Relacionamento, através do número 0800 702 4000 (ligação gratuita).

27.2. Para acionar as Assistências e Comunicar o Sinistro dispõem o segurado, bem como seu(s) beneficiário(s), da Central de Assistência Dia & Noite e Sinistros 0800 722 2492.

27.2.1. Os atendimentos das assistências funcionam 24 horas, 7 dias por semana, inclusive nos feriados nacionais.

27.2.2. Para avisar ocorrência de sinistros, o horário de atendimento é de segunda a sexta-

feira, das 8 às 21 horas.

28. OUVIDORIA

28.1. A OUVIDORIA funciona como um mediador entre o cliente e a seguradora. Seu objetivo principal é a defesa dos direitos do cliente perante a seguradora de forma imparcial e justa, e ainda informar e esclarecer o cliente sobre seus direitos e obrigações de acordo com as condições contratuais e normas atinentes a matéria, prevenindo e evitando conflitos e demandas.

28.2. Podem dirigir suas reclamações e/ou pedidos à OUVIDORIA todos os clientes (segurados e seus beneficiários) que não concordem com a decisão adotada pela Seguradora e/ou não obtiveram sucesso em seus pedidos junto à Seguradora.

28.2.1. As reclamações/pedidos à OUVIDORIA devem ser efetuadas por meio da Central 0800 702 4240. Os atendimentos neste canal serão acatados somente com o número de protocolo fornecido pelo SAC, das 8 às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto em feriados nacionais.

29. SUB ROGAÇÃO

29.1. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados, por qualquer forma, os direitos decorrentes desta apólice de seguro.

30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

30.1. A propaganda e promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor de Seguros, somente podem ser feitas com autorização expressa da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas de seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade da (s) informação (ões) contida (s) nas respectivas divulgações e por ela expressamente autorizadas.

31. FORO

31.1. Quaisquer questões judiciais que se apresentem, terão como foro eleito o do domicílio do Proponente ou do Beneficiário, conforme o caso.

31.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 31.1 deste artigo, qual seja, Brasília – DF.

32. RATIFICAÇÃO

32.1. As presentes Condições Gerais fazem parte integrante do contrato de seguro.

ANEXO I – TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO

1. Com seu SEGURO, além de garantir a proteção de sua empresa, você participa de um sorteio

00.00.21.0.0.2021.09 CG COD. PROD. 7765 CNPJ: 38.122.278/0001-04 Proc. SUSEP: 15414.617365/2020-35
O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização

mensal no valor de R\$ 50.000,00, líquidos de Imposto de Renda. O sorteio é realizado no último sábado de cada mês, sendo que o número contemplado, composto de 7 algarismos, será extraído do resultado da Loteria Federal do Brasil. Em caso de contemplação, é necessário que o seguro esteja com as parcelas adimplentes (pagas) para que o segurado tenha direito ao valor do prêmio.

2. O título contemplado com o prêmio será aquele cujo número para fins de sorteio coincidir na mesma ordem com o número formado pelo algarismo da centena do primeiro prêmio convertido de acordo com a tabela de conversão, o algarismo da dezena do primeiro prêmio, e os algarismos da unidade simples do 1º ao 5º prêmio da extração da Loteria Federal do Brasil, lidos verticalmente do 1º ao 5º Prêmio, ou seja, de cima para baixo. Exemplo:

1º Prêmio	32	8	7	5
2º Prêmio	23	9	6	9
3º Prêmio	62	4	3	6
4º Prêmio	01	2	8	4
5º Prêmio	36	3	9	7

O número extraído do resultado da Loteria Federal seria **8.759.647**.

Para se obter o número contemplado utiliza-se a tabela abaixo para a conversão do algarismo da unidade de milhão do número extraído.

TABELA DE CONVERSÃO	
Algarismo da dezena	Considerar
0 a 4	0
5 a 9	1

Como chegar a esse número:

EXTRAÇÃO			
1º Prêmio 8.759.647	Para chegar à unidade de milhão – primeira posição do número contemplado.	Utilize a centena simples (terceiro número) do 1º prêmio e veja a numeração correspondente na TABELA DE CONVERSÃO ao lado.	= 1

DAQUI EM DIANTE, NÃO É NECESSÁRIA A UTILIZAÇÃO DA TABELA DE CONVERSÃO			
1º Prêmio 8.759.647	Para chegar à centena de milhar – segunda posição do número contemplado.	Utilize a dezena simples (quarto número) do 1º Prêmio da Loteria Federal.	= 7
2º Prêmio 8.759.647	Para chegar à dezena de milhar – segunda posição do número contemplado.	Utilize a dezena (quinto número) do 1º Prêmio da Loteria Federal.	= 5
3º Prêmio 8.759.647	Para chegar à unidade de milhar – terceira posição do número contemplado.	Utilize a unidade (último número) do 2º Prêmio da Loteria Federal.	= 9
4º Prêmio 8.759.647	Para chegar à centena simples – quarta posição do número contemplado.	Utilize a unidade (último número) do 3º Prêmio da Loteria Federal.	= 6
5º Prêmio 8.759.647	Para chegar à dezena simples – quinta posição do número contemplado.	Utilize a unidade (último número) do 4º Prêmio da Loteria Federal.	= 4
6º Prêmio 8.759.647	Para chegar à unidade simples – sexta posição do número contemplado.	Utilize a unidade (último número) do 5º Prêmio da Loteria Federal.	= 7

O número extraído do resultado da Loteria Federal seria: **1.759.647**

Acompanhe pela Internet os resultados dos sorteios no site www.caixavidaeprevidencia.com.br

Mas fique tranquilo, se você for o feliz ganhador nós entraremos em contato para avisá-lo.
CONTE SEMPRE COM A NOSSA TORCIDA PARA VOCÊ APROVEITAR OS BONS MOMENTOS DA SUA VIDA.