

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro

Prestamista Fixo



Condições Gerais

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO CAPITAL SEGURADO FIXO

Sumário

1. Objetivo do seguro	4
2. Eventos cobertos	4
3. Coberturas	4
4. Riscos excluídos	5
5. Cláusula beneficiária	6
6. Âmbito territorial da cobertura	6
7. Idade do segurado	7
8. Vigência do seguro	7
9. Contratação do seguro pelo estipulante	8
10. Adesão do seguro pelo segurado	8
11. Contratação por pessoa jurídica	9
12. Alteração da apólice	10
13. Renovação	10
14. Declarações inexatas ou omissões	10
15. Capital segurado	11
16. Pagamento do prêmio	12
17. Recálculo do prêmio e reavaliação das taxas	15
18. Carências	15
19. Franquias	15
20. Cancelamento	15
21. Procedimento em caso de sinistro	17
22. Capital segurado – data do evento	19
23. Perícia da seguradora	19
24. Junta médica	19
25. Atualização dos valores do prêmio	20
26. Obrigações do estipulante	20
27. Comunicações	22
28. Foro	22
29. Do sigilo e da confidencialidade	22
30. Privacidade e proteção de dados	22
31. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais	23
32. Disposições finais	23
33. Glossário de termos técnicos	24

Condições Especiais

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO CAPITAL SEGURADO FIXO

Sumário

MORTE (M)	30
MORTE ACIDENTAL (MA)	32
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	35
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	39
DOENÇAS GRAVES (DG)	45
INCAPACIDADE TOTAL TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E DOENÇA (ITT)	50

Condições Gerais

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO CAPITAL SEGURADO FIXO

1. Objetivo do seguro

- 1.1. Este seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo (devedor), no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado, observando-se as restrições, exclusões e disposições legais e regulamentares aplicáveis.
- 1.2. **A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado cancelar a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.**
- 1.3. Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. **não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou seu(s) beneficiário(s).**
- 1.4. **A aceitação da proposta estará sujeita à análise de risco pela seguradora.**

2. Eventos cobertos

- 2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que constituem parte integrante e inseparável destas condições gerais.

3. Coberturas

- 3.1. As coberturas deste seguro estão definidas nas condições especiais e dividem-se em coberturas básica e adicionais, sendo necessária a contratação da cobertura básica para a efetivação deste seguro e acesso à contratação das coberturas adicionais.

3.1.1 Básica:

Morte (M)

3.1.2 Adicionais:

Morte Acidental (MA)

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD)

Doenças Graves (DG)

Incapacidade Total Temporária por Acidente e Doença (ITT)

- 3.2. Mediante a contratação da cobertura básica e sujeito ao pagamento do prêmio correspondente, o estipulante poderá solicitar a inclusão das coberturas adicionais, obedecidas as combinações permitidas pela seguradora.
- 3.3. O conjunto de coberturas contratadas pelo estipulante será concedido para todo o grupo segurado de um mesmo plano, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada segurado.

4. Riscos excluídos

- 4.1. Os eventos decorrentes das situações descritas a seguir estão excluídos da cobertura deste seguro, não cabendo ao(s) beneficiário(s) o direito a qualquer recebimento de qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive relativos a prêmios pagos:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
 - c) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada por 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 competente;
 - d) informações sobre esporte, hobbies e atividade profissional, assim como doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro que poderiam ter influência na aceitação do risco ou no ajuste da taxa do prêmio, de conhecimento do segurado e não declarados na proposta de adesão, quando solicitados/questionados previamente pela seguradora;
 - e) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;
 - h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo 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 a outrem;
 - i) sinistros caracterizados anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarados à seguradora no momento da contratação do seguro ou inclusão do segurado.

O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando se suicida nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso, ou da solicitação de aumento de capital segurado, feita exclusivamente pelo segurado/estipulante. Nesta hipótese, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado, conforme disposto no art. 798 do Código Civil.

5. Cláusula beneficiária

- 5.1. **O primeiro beneficiário do seguro prestamista é sempre o credor (estipulante), a quem deverá ser paga a indenização no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.**
- 5.2. **Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições contratuais.**
- 5.3. **Segundo beneficiário**
 - 5.3.1 Apenas será devida a indenização ao segundo beneficiário caso o valor apurado da indenização supere o valor da obrigação à qual o seguro está atrelado (à qual o primeiro beneficiário faz jus). Neste caso, havendo a superação do valor da obrigação, o valor da indenização que será devida ao segundo beneficiário em diante será a diferença entre o capital segurado e o valor da obrigação devida ao primeiro beneficiário, rateada entre os beneficiários indicados.
 - 5.3.2 A indicação de segundo beneficiário (ou mais) é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, **alterações** ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo, mediante solicitação por escrito, que deverá ser mantida em poder do estipulante e da seguradora, observando a legislação local vigente.
 - 5.3.3 Caso a seguradora não seja comunicada a tempo da substituição, pagará a diferença do capital segurado ao antigo beneficiário designado, desobrigando-se do pagamento da respectiva indenização.
 - 5.3.4 Quando for designado mais de um segundo beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.
 - 5.3.5 Quando não houver distribuição quantitativa do valor da indenização, o seguro será dividido em partes iguais.
 - 5.3.6 Na hipótese de a morte do(s) segundo(s) beneficiário(s) indicados(s) ocorrer antes da morte do segurado (“premoriência”), a parte a ele(s) determinada será paga aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.
 - 5.3.7 Na falta de indicação expressa do segundo beneficiário ou, se por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
 - 5.3.8 Os demais beneficiários estipulados para as demais coberturas estarão definidos nas condições especiais deste seguro.

6. Âmbito territorial da cobertura

- 6.1. O âmbito territorial das coberturas está descrito nas condições especiais.

7. Idade do segurado

- 7.1. As idades mínima e máxima para contratação do seguro estão estabelecidas no contrato, respeitadas as limitações impostas pela legislação vigente.
- 7.2. O proponente (pessoa física interessada em aderir ao plano coletivo) menor de 18 (dezoito) anos, por ocasião do preenchimento da proposta de adesão, será representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

8. Vigência do seguro

- 8.1. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice/certificado individual de seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice/certificado individual de seguro.**
- 8.2. **O início e o término de vigência da cobertura individual do seguro são fixados na proposta de contratação, proposta de adesão e no certificado individual de seguro.**
 - 8.2.1 **O prazo de vigência não poderá superar o prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término.**
 - 8.2.2 **O prazo final de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice.**
- 8.3. **Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada, bem como:**
 - I – 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
 - II – se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará, em 30 (trinta) dias, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.
- 8.4. As apólices, os certificados individuais e os endossos/aditamentos terão início e término de vigência às 24h das respectivas datas indicadas nesses documentos.
- 8.5. **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual de seguro, se este não for renovado.**
- 8.6. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta pela seguradora ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 8.7. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

9. Contratação do seguro pelo estipulante

- 9.1. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.
- 9.2. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.
- 9.3. **Se for constatado que o grupo segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora, sendo o estipulante o responsável legal por qualquer pedido realizado pelos segurados.**
- 9.4. **Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês (a contar da data da sua emissão), que sejam corrigidas as divergências existentes. Decorrido esse prazo, será considerada válida a redação disposta na apólice.**
- 9.5. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos (a contar da data da formalização da proposta) e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação e pelos demais canais de atendimento da Prudential do Brasil.
 - 9.5.1 Eventual devolução de prêmio será obrigação exclusiva do estipulante (credor). Caso o estipulante já tenha repassado o valor do prêmio à seguradora, ela efetuará a devolução do valor ao estipulante.

10. Adesão do seguro pelo segurado

- 10.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura de uma proposta de adesão pelo proponente. Na proposta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra destas condições gerais.
 - 10.1.1 Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.
 - §1º Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.
 - §2º O percentual de que trata o parágrafo anterior constará nos certificados individuais de seguro.
 - §3º Na situação de que trata o subitem 11.1.1, caso o pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.
- 10.2. **Constará das propostas de adesão campo específico em que o segurado declara reconhecer o exercício da sua opção pela contratação do seguro prestamista.**
- 10.3. A seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.
- 10.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a proposta de adesão para

seguros novos ou renovações e para alterações que impliquem modificação do risco.

10.4.1 A seguradora poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta de adesão, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data da entrega da documentação completa solicitada.

10.5. A seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal no caso de não aceitação da proposta de adesão, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

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

10.5.2 Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, são permitidos, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas com o funeral, seja na condição de segurado titular ou dependente.

10.6. A seguradora, obrigatoriamente, emitirá e enviará o certificado individual de seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes, se houver.

10.6.1 O certificado individual de seguro especificará a obrigação à qual o seguro está vinculado.

10.7. No caso de doença ou de invalidez preexistente informada na declaração pessoal de saúde constante da proposta de adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.

10.8. Aposentados por tempo de serviço poderão ser incluídos nas apólices que admitam a respectiva cobertura desse grupo com direito a todas as coberturas do seguro, inclusive IFPD. Aposentados por invalidez que não tenham recebido indenização de IFPD de outra seguradora poderão ser aceitos e terão direito a todas as coberturas deste seguro. Em todos os casos, é necessário que os aposentados em questão atendam a todas as demais condições estabelecidas no contrato e na proposta de contratação para a aceitação de proponentes.

11. Contratação por pessoa jurídica

11.1. Este seguro poderá ser contratado para obrigações assumidas por pessoas jurídicas de direito privado, desde que haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade de a pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro.

§ 1º O seguro deve ser feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários.

§ 2º A formalização da inclusão de cada segurado deve ser realizada por meio do preenchimento de sua respectiva proposta.

12. Alteração da apólice

- 12.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante, respeitando as previsões legais e regulatórias.
- 12.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor, inclusive alteração de taxas de seguro, deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa, por escrito, de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, ratificada pelo correspondente endosso.
- 12.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

13. Renovação

- 13.1. **A apólice do seguro poderá ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período, devendo as renovações posteriores ocorrerem, obrigatoriamente, de forma expressa pelo estipulante.**
- 13.2. **Não haverá renovação automática caso o estipulante ou a seguradora manifestem seu desinteresse pela renovação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do final da vigência da apólice ou, ainda, caso ocorra alguma das causas de cancelamento da apólice.**
- 13.3. **Na renovação, será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes, que será comunicada ao estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias. A concordância do estipulante implicará a renovação da apólice com as novas taxas.**
- 13.4. **Na renovação, qualquer alteração da apólice coletiva que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**

14. Declarações Inexatas ou Omissões

- 14.1. **Se o estipulante, o proponente, o segurado, seu representante legal ou a corretora de seguros/corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.**
 - 14.1.1 **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, 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 parcial de indenização:**

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), ou, ainda, restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

14.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:

a) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado, pelo(s) seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou

b) descoberta, pela seguradora, de declarações incorretas graves ou omissões, que dispõem sobre questões médicas preexistentes do segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, capazes de influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

14.3. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

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

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

14.5.1 A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

14.5.2 O cancelamento do contrato/certificado individual só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

14.5.3 Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

15. Capital segurado

15.1. O capital segurado corresponderá ao saldo devedor da obrigação à qual o seguro está atrelado,

limitado ao capital máximo previsto para cada cobertura contratada, que será pago pela seguradora ao estipulante/credor, com o objetivo de amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo segurado, vigente na data do evento.

Este plano de Seguro é na modalidade Capital Segurado Fixo, que é a modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.

- 15.2. **O capital segurado das demais coberturas, se contratadas, terão seus limites descritos no contrato, na proposta de adesão e no certificado individual.**
- 15.3. O Capital Segurado fixo estará descrito no certificado individual de seguro.
- 15.4. As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado poderão ser incorporados ao valor do capital segurado, caso previsto na proposta, apólice e conseqüentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.

16. Pagamento do prêmio

- 16.1. O custeio poderá ser contributivo ou não, dependendo da escolha do estipulante.
- 16.2. **Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento e conforme estabelecido nas demais condições gerais do seguro.**
- 16.3. O prêmio do seguro deverá ser pago mensalmente durante o período de vigência da apólice.
- 16.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.
- 16.5. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que ele tenha sido quitado, ele poderá ser pago até o 59º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso. Será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a conseqüente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.
- 16.5.1. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis*.

Decorrido o prazo definido no parágrafo anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado, e a cobertura não poderá ser reativada. Se houver interesse do segurado ou do estipulante, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Nesse caso, não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.

- 16.6. A seguradora enviará comunicado, por correspondência, ao segurado/estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato ou do certificado individual, o qual será efetuado ainda que o segurado e/ou o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência,

que funcionará apenas como um aviso de cancelamento.

16.6.1 Caso ocorra um sinistro no período de inadimplência e antes do cancelamento final do seguro, a seguradora realizará o pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s), sem prejuízo da cobrança dos prêmios em atraso.

16.6.2. Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela dos prêmios devidos, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

16.6.3. O pagamento de uma parcela posterior não quita as parcelas anteriores.

16.7. A reabilitação da apólice ou do certificado individual ocorrerá na data em que a seguradora receber o comprovante de pagamento do valor devido pela reabilitação da apólice ou do certificado individual. Nesse caso, a seguradora responderá pelos sinistros ocorridos a partir de então.

16.8. **O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que ela possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento dessa obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.**

16.9. É vedada ao estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação do segurado, ou o recolhimento, a título de prêmio do seguro, de qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido.

16.10. Caso o estipulante receba, qualquer outro valor com o prêmio, fica obrigado a destacar o valor do prêmio de cada segurado no documento utilizado na cobrança ou no recolhimento.

16.11. Salvo em caso de cancelamento do certificado individual de seguro, o estipulante, nos seguros contributários, só poderá interromper o desconto do valor do prêmio mediante expressa solicitação do segurado, o qual assumirá a obrigação de pagamento do prêmio.

16.12. **Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.**

16.13. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados, de acordo com a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando *pro rata temporis* o período em que vigorou a cobertura, conforme a tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
--	---

13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365

40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

- 16.14. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.
- 16.15. **De acordo com as características do seguro, não estão previstos a devolução ou o resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante, pois se trata de regime de repartição simples, para capitais segurados pagáveis de uma única vez ou em parcelas.**
- 16.16. **Quando o pagamento do prêmio for efetivado por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.**
- 16.17. **Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora pelo estipulante nos prazos estabelecidos no item 16.5 ocasionará o cancelamento do seguro.**

17. Recálculo do prêmio e reavaliação das taxas

17.1. Recálculo

17.1.1. Os prêmios poderão ou não ser alterados de acordo com a idade/faixa etária do segurado. A forma como os prêmios serão alterados, incluindo valores ou percentuais, constará na proposta de contratação do seguro e será disponibilizada aos proponentes no momento da adesão ao seguro.

17.2. Reavaliação

As taxas poderão ser reavaliadas anualmente a critério da seguradora.

17.3. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice durante a renovação dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

18. Carências

18.1. Quando aplicáveis, as carências estarão descritas no contrato do seguro e no certificado.

18.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto o constante no item 18.3.

18.3. Quando aplicável, o prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos. No entanto, o prazo de carência não poderá ser maior que metade do prazo de vigência da apólice/certificado individual.

18.4. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no item 18.3.

18.5. Em caso de aceitação de grupo segurado de apólice migrada, não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

19. Franquias

19.1. Quando aplicáveis, as franquias estarão descritas no contrato do seguro e no certificado.

19.2. Para a cobertura de Incapacidade Total Temporária por Acidente e Doença (ITT), o período de franquia será de no máximo 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

20. Cancelamento

20.1. Cancelamento da apólice:

20.1.1 A apólice mencionada nestas condições gerais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias e acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante e com anuência prévia e expressa do estipulante, da seguradora e dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

20.1.2 Nesse caso, do prêmio recebido, a seguradora reterá, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base *pro rata temporis*. Quando houver devolução de prêmio, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da

solicitação de cancelamento (se tal solicitação ocorrer por iniciativa do segurado) ou a partir da data do efetivo cancelamento (se ocorrer por iniciativa da seguradora).

20.2. Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura:

20.2.1 Respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o certificado individual de seguro será cancelado e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

- a) quando a obrigação for extinta;
- b) quando houver pagamento da indenização de uma das coberturas contratadas;
- c) se o segurado solicitar a sua exclusão da apólice ou deixar de contribuir com sua parte do prêmio, se cabível;
- d) no caso de fim do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;
- e) ao final do prazo de vigência da apólice de seguro, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a extinção do seguro ocorrerá automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- f) se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, nos termos destas condições gerais;
- g) por desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, que poderá ser entendido como, por exemplo: (i) perda do vínculo contratual entre credor e devedor, que confere o credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente ao período de vigência do prêmio pago.
- h) se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 16.5;
- i) se o segurado agravar intencionalmente o risco;
- j) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;
- k) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indenização ou dificultar sua elucidação;
- l) se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;
- m) se o estipulante deixar de repassar à seguradora os valores pagos pelos segurados, caso seja adotada a modalidade de seguro contributivo. Mesmo que os segurados possuam comprovantes desses pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez caracterizada a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às penalidades legais;

n) para os casos de pagamento único, coincidentemente à data da última parcela do compromisso financeiro assumido entre segurado prestamista e estipulante.

- 20.3. As apólices não poderão ser canceladas pela seguradora durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 20.4. **Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.**

21. Procedimento em caso de sinistro

- 21.1. Ocorrido o sinistro, este deverá ser comunicado, por escrito, à seguradora, pelo estipulante, pelo segurado ou pelo(s) beneficiário(s) indicado(s), logo que tome(m) conhecimento.
- 21.2. Quando previsto o pagamento da indenização de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, deverão ser satisfatoriamente comprovadas.
- 21.2.1. A indenização será realizada em parcela única, salvo para as coberturas que preveem pagamento de prestações, cuja quantidade de parcelas estarão definidas no contrato e na proposta de adesão.
- 21.3. O segurado, por ocasião do acidente pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 21.4. Os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) **segurado:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo) e comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro.
 - b) **segundo beneficiário:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), certidão de casamento atualizada (no caso de cônjuge), certidão de nascimento (no caso de filhos), documentos que comprovem a união estável, em caso de companheiro(a), e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).
 - c) Seguro contratado por pessoa jurídica: deverá ser apresentado o Contrato Social com a discriminação dos sócios que aderirem ao seguro.

Observações:

1. Segundo beneficiário em diante, com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou

curador, conforme estabelecido em lei.

2. Segundo beneficiário em diante, com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.
 3. Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a diferença da indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.
 4. Na falta de indicação expressa de segundo(s) beneficiário(s) ou, se por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, o pagamento da diferença da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, enviar declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.
- 21.5. Os demais documentos complementares estão definidos nas condições especiais deste seguro.**
- 21.6. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora.**
- 21.7. A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nos itens 21.4 e 21.5.**
- 21.8. Estando de posse da documentação completa solicitada nos itens 21.4 e 21.5, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se, dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado na indenização (credor) ou ao segurado/seus representantes outros documentos para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.
- 21.9. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará a aplicação de juros de mora a partir dessa data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.
- 21.9.1. Qualquer pagamento de indenização feito após o prazo descrito no item 21.8 será efetuado no valor da indenização acrescido de multa total de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.
- 21.10. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor da indenização a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, além de juro de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base *pro rata temporis*.
- 21.10.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 21.11. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os

demais valores do contrato.

- 21.12. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente sob responsabilidade da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 21.13. **Em caso de tentativa do segurado, de seu(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da seguradora, o respectivo segurado ou beneficiário não fará jus ao recebimento da indenização ora prevista.**

22. Capital segurado – data do evento

- 22.1. **A data do evento será determinada nas condições especiais deste seguro.**

23. Perícia da seguradora

- 23.1. No caso de incapacidade, o segurado autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.
- 23.2. **Comprovado algum tipo de fraude à perícia da seguradora, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**

24. Junta médica

- 24.1. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidez relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 24.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 24.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.
- 24.4. 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.
- 24.5. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

- 24.6. **Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus**

parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a medicina.

- 24.7. **Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta médica, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**

25. Atualização dos valores do seguro

- 25.1. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário do contrato, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.
- 25.2. As atualizações de capital segurado serão aplicadas para todos os segurados para os quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para o restante do grupo.
- 25.3. Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.
- 25.4. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:
- a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;
 - b) cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou
 - c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

26. Obrigações do estipulante

26.1 São obrigações mínimas do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) remeter à seguradora as propostas de adesão devidamente preenchidas e assinadas pelos proponentes/segurados, que deverão ser enviados posteriormente à seguradora, bem como entregar aos segurados o certificado individual, mediante comprovante de entrega;
- d) garantir a transmissão clara da informação ao segurado de que a contratação do seguro

Prestamista é facultativo, abstendo-se de práticas de venda casada, nos termos da Resolução CNSP 439/22 e do Código de Defesa do Consumidor e suas alterações posteriores, se responsabilizando por toda e qualquer indenização que venha a ser reclamada nesse sentido, ainda que a indenização venha a ser imposta à seguradora.

- e) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- f) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- g) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- h) repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- i) fornecer, no momento da adesão ao seguro, cópia das condições gerais do seguro ao segurado;
- j) informar o valor do saldo devedor da obrigação ao qual o seguro está atrelado, para fins de apuração do valor da indenização, bem como fornecer à seguradora todo e qualquer documento que comprove que o segurado assinou a proposta de adesão e teve acesso às condições gerais, auxiliando na defesa da seguradora, conforme esta requisitar;
 - O estipulante deverá fornecer os documentos dentro do prazo de 5 (cinco) dias corridos da solicitação da seguradora, ou em prazo inferior se necessário compatibilizar com o prazo dado pela autoridade requisitante.
- k) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações, materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- l) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- m) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- n) comunicar de imediato à Susep quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- o) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- p) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora;
- q) fornecer à Susep ou outra autoridade quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

26.2. Fica vedado ao estipulante e ao sub estipulante:

I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e

II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

27. Comunicações

27.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico. As comunicações da seguradora são consideradas válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice/certificado individual de seguro.

27.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por estes, exceto expressa indicação em contrário da parte do segurado ou estipulante.

28. Foro

28.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a seguradora ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

29. Do sigilo e da confidencialidade

Dada a natureza da atividade das partes e do objeto deste seguro de vida e porque assim se convencionou, as partes obrigam-se, por si, seus profissionais e prepostos, a:

a) manter absoluto sigilo sobre operações e informações sensíveis relacionadas, dados, dados pessoais, materiais, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações e aperfeiçoamento tecnológico ou comerciais da outra parte ou de seus clientes, inclusive quaisquer programas, rotinas ou arquivos a que eventualmente tenha ciência ou acesso, ou que lhe venha a ser confiado, em razão da contratação deste seguro de vida;

b) não usar, comercializar ou reproduzir as informações e documentos acima referidos ou deixar que estes cheguem ao conhecimento de terceiros;

c) responder perante a outra parte e terceiros prejudicados, civil e criminalmente, por si, seus profissionais, contratados e/ou prepostos, pela eventual quebra de sigilo das informações a que tenha acesso ou ciência, direta ou indiretamente, em virtude da contratação deste seguro de vida; e

d) não fazer qualquer menção ao nome da outra parte para fins de publicidade própria, bem como a não divulgar os termos destas condições gerais sem prévia e expressa autorização da outra parte.

30. Privacidade e proteção de dados

O estipulante e a Prudential do Brasil declaram que cumprem toda a legislação aplicável sobre segurança da

informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018) e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados e tratados em decorrência da contratação do seguro previsto nesta proposta, somente para a viabilizar e executar o contrato de seguro, nos estritos limites e finalidades aqui previstos e nos termos da legislação aplicável.

Todos os dados fornecidos pelo estipulante à Prudential do Brasil, como informações necessárias para análise e aceitação do risco, propostas de adesão e dados cadastrais dos segurados deverão ser coletados e compartilhados em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 e demais leis aplicáveis sobre o tema.

31. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais

Não obstante quaisquer outros termos previstos na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão ou Condições Gerais e Especiais do Seguro, a Prudential não fornecerá qualquer cobertura ou serviço, bem como não fará qualquer pagamento/reembolso ao segurado, beneficiário ou qualquer terceiro, na medida que a atividade do segurado, beneficiário ou terceiro viole qualquer lei ou norma de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, aplicados por organismos nacionais ou internacionais (como, por exemplo: Programa de sanções administradas e publicadas pelo OFAC - Office of Foreign Assets Control, agência de inteligência ligada ao Departamento de Tesouro dos Estados Unidos - e; Resoluções do CSNU - Conselho de Segurança das Nações Unidas - ou as designações de seus comitês de sanções que determinem a indisponibilidade de ativos, de quaisquer valores, de titularidade direta ou indireta de pessoas naturais, de pessoas jurídicas ou de entidades, nos termos da Lei nº 13.810/2019). Nestes casos, ao haver a identificação de um segurado, beneficiário ou terceiro nestas condições, o contrato de seguro será automaticamente cancelado, sem direito a qualquer pagamento, indenização, reembolso resgate ou devolução de prêmios pagos.

32. Disposições finais

32.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

32.2. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.

32.3. As condições gerais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta de adesão e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

32.4. o registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

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

32.6. Qualquer pagamento ou devolução de valores realizados pela seguradora serão feitos por crédito em conta bancária, ou ordem de pagamento, sempre do titular do direito de seu recebimento, de acordo com os termos deste seguro.

32.7. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

32.8. O segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br.

33. Glossário de termos técnicos

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas condições gerais e especiais, incluímos uma relação em ordem alfabética com os principais termos técnicos empregados nas condições gerais.

ACIDENTE PESSOAL: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal. .

incluem-se nesse conceito:

os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, ocasionados por evento externo, súbito e violento, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

excluem-se desse conceito:

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 por acidente coberto;

as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

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, conforme definido acima.

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

APARELHO LOCOMOTOR: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

APÓLICE: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

ATIVIDADE LABORATIVA: qualquer ação ou trabalho que gere renda ao segurado.

AUXÍLIO: ajuda por intermédio do recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro. **Este plano de Seguro é na modalidade Capital Segurado Fixo, modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.**

CARDIOPATIA GRAVE: doença do coração assim classificada de acordo com os critérios do consenso nacional de cardiopatia grave.

CARÊNCIA: período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do certificado individual de seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao valor da indenização. Esse período não poderá ser superior a 2 (dois) anos, bem como não poderá exceder metade da vigência do seguro.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COBERTURAS: obrigações que a seguradora assume com o segurado quando ocorre um evento coberto previsto nestas condições gerais e especiais.

COGNIÇÃO: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

COMPANHEIRO(A): pessoa com quem o segurado mantém união estável, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família.

CONNECTIVIDADE COM A VIDA: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

CONSIGNANTE: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

CONSUMPÇÃO: definhamento progressivo e lento do organismo humano causado por doença.

CONTRATO DE SEGURO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora,

dos segurados e dos beneficiários.

CREDOR: aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: para cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, trata-se do peso e da altura do segurado.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico assistente do segurado ou 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.

DEVEDOR: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada, ora segurado.

DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

DOENÇA CRÔNICA: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: doença 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 NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA: caracterizada pelo crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

DOENÇA PROFISSIONAL: doença cuja causa determinante é o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: sinais, sintomas e/ou as doenças, inclusive as congênitas, e as lesões decorrentes dos acidentes pessoais sofridos pelo segurado, antes de sua adesão à apólice, os quais, embora já fossem de seu conhecimento no momento de sua proposta de adesão, não foram nela declaradas.

DOLO: ato consciente pelo qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ENCAMPAÇÃO: Considera-se encampação a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

ESTADOS CONEXOS: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

ESTIPULANTE: pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro, ficando investida de poderes de representação dos segurados perante a seguradora nos termos resolução em vigor., podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

FRANQUIA: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

GRUPO SEGURÁVEL: conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, com um vínculo concreto a uma pessoa jurídica.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

HÍGIDO: saudável.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD): perda da existência independente do segurado, caracterizada como a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais deste seguro, estando também englobados neste conceito os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela seguradora ao(s) beneficiário(s) quando ocorrer um evento coberto, respeitados as condições e os limites contratados.

MÉDICO: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não será aceito como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

MIGRAÇÃO: Considera-se migração a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

PRAZO DE CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

OBRIGAÇÃO: dívida 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.

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

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa de exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca o fim da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

PROGNÓSTICO: juízo médico com base no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, da evolução e do termo de uma doença.

PROPONENTE: interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais

PRO RATA TEMPORIS: é um método de se calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato, quando este for realizado por período inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

QUADRO CLÍNICO: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: incapacidade de o organismo humano responder positivamente ao tratamento instituído.

RELAÇÕES EXISTENCIAIS: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

REPARTIÇÃO SIMPLES: regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros, não sendo possível a devolução dos prêmios já pagos para a vigência decorrida.

RISCOS EXCLUÍDOS: são os riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não são cobertos pelo seguro.

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

SEGURADORA: empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o segurado participa em parte ou na totalidade do pagamento do prêmio.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o pagamento do prêmio é responsabilidade exclusiva do estipulante.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: faculdade de o indivíduo se identificar, se relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio.

SEQUELA: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

SINISTRO: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: capacidade de o segurado se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio. Entende-se por auxílio a ajuda humana e/ou a utilização de estruturas ou de equipamentos de apoio físico.

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE (M)

Esta cobertura básica integra o seguro Prestamista Coletivo, e estas condições especiais prevalecem sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem, ao primeiro beneficiário/credor e, quando aplicável, ao(s) outro(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado desta cobertura, se o segurado falecer durante o período de vigência do certificado individual de seguro por quaisquer causas, naturais ou acidentais. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A contratação será feita em território nacional, mas a cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 20.1, “Cancelamento da apólice”, e 20.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, das condi oes gerais.

7. Solicita o de indeniza o

- 7.1. Para solicita o da indeniza o, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal (com procura o específica para tanto), por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condi oes especiais.

- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 21, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos complementares que possam ser solicitados, os documentos a seguir relacionados são documentos básicos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
 - b) cópia autenticada da certidão de óbito;
 - c) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
 - e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada.
- 7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral, respeitado o item 8 destas condições especiais.

8. Beneficiários

- 8.1. Os beneficiários deverão estar em conformidade com a cláusula 5, Cláusula beneficiária, das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo.
- 8.2. **O primeiro beneficiário do seguro Prestamista é sempre o credor (estipulante)**, a quem deverá ser paga a indenização no valor a que tem direito em decorrência da obrigação à qual o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto e limitado ao capital segurado contratado.
- 8.3. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor que o valor a ser indenizado no seguro Prestamista, a diferença apurada será paga aos demais beneficiários.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro Prestamista Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

MORTE ACIDENTAL (MA)

Caso contratada, esta cobertura adicional integra o seguro Prestamista Coletivo, prevalecendo estas condições especiais sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao primeiro beneficiário/credor, e quando aplicável, ao(s) outro(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Riscos excluídos

- 3.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) acidente vascular cerebral.

b) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

Estão, ainda, expressamente excluídos da cobertura, os acidentes ocorridos em consequência de:

a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;

b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;

c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;

d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A contratação será feita em território nacional, mas a cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas disposto nos itens 20.1, "Cancelamento da apólice", e 20.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condi es gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condi es cessa ainda com **o cancelamento do certificado individual**, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a falecer em decorrência do acidente coberto.

7. Solicita o de indeniza o

- 7.1. Para solicita o da indeniza o, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal (com procura o específica para tanto), por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condi es especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indeniza o decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 21, "Procedimento em caso de sinistro", das condi es gerais e demais disposi es do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos complementares que possam ser solicitados, os documentos a seguir relacionados são documentos básicos necessários para análise e liquida o de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
 - b) cópia autenticada da certidão de óbito;
 - c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;
 - d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico-Legal (IML);
 - e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito; caso não tenha sido emitido, enviar declara o do órgão competente, informando o motivo da não emissão;
 - f) cópia da carteira nacional de habilita o (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
 - g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral, respeitado o item 8 destas condições especiais.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula 5. Cláusula beneficiária, das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo.

8.2. **O primeiro beneficiário do seguro Prestamista é sempre o credor (estipulante)**, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto e limitado ao capital segurado contratado.

8.3. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro Prestamista, a diferença apurada será paga aos demais beneficiários.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro Prestamista Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

Caso contratada, esta cobertura adicional integra o seguro Prestamista Coletivo, prevalecendo estas condições especiais sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro prestamista coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao primeiro beneficiário/credor, e quando aplicável, ao(s) outro(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado desta cobertura, relativo à perda ou à impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro e que resulte em invalidez permanente total do segurado, comprovada mediante declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.2. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a indenização será devida conforme tabela a seguir:

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100

2.3. A invalidez permanente deve ser comprovada por declaração médica apresentada à seguradora. **Não será aceita a aposentadoria por invalidez concedida por instituição oficial de previdência ou assemelhados como caracterização por si só do estado de invalidez permanente.**

2.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos ou a outros exames complementares realizados por profissionais de sua indicação para comprovar o seu caráter permanente, sua extensão e grau de invalidez.

2.5. O pagamento do capital segurado referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação da invalidez permanente pelo segurado e consequente reconhecimento da

invalidez pela seguradora.

- 2.6. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos do item 24, “Junta médica”, das condições gerais.
- 2.7. Se depois do pagamento da indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**
 - a) **doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), 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;**
 - b) **doenças, quaisquer que sejam as causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.**
 - c) **a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;**
 - d) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamento, 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 no conceito de acidente pessoal, definido nas condições gerais.**

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura adicional os acidentes ocorridos em consequência de:

- i. **participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- ii. **competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;**
- iii. **direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;**

- iv. **lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.**

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A contratação será feita em território nacional, a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou invalidez permanente total do segurado.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas disposto nos itens 20.1, “Cancelamento da apólice”, e 20.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda **com o cancelamento do certificado individual**, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e que venham a ficar permanentemente inválidos como consequência direta do acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura adicional.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal (com procuração específica para tanto), por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 21, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos complementares que possam ser solicitados, os documentos a seguir relacionados são documentos básicos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
 - c) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão

posteriormente devolvidos;

- d) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
- e) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- f) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);
- h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga na forma do item 8 a seguir.

7.5. O certificado individual de seguro será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total. Na eventualidade de haver recolhimento de prêmios após o pagamento da indenização, haverá exclusivamente a devolução dos valores dos prêmios após esta data, devidamente atualizados.

8. Beneficiários

- 8.1. Os beneficiários deverão estar em conformidade com a cláusula 5, Cláusula beneficiária, das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo.
- 8.2. **O primeiro beneficiário do seguro prestamista é sempre o credor (estipulante)**, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação à qual o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto e limitado ao capital segurado contratado.
- 8.3. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor que o valor a ser indenizado no seguro Prestamista, a diferença apurada será paga diretamente ao segurado.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro Prestamista Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

Caso contratada, esta cobertura adicional integra o seguro Prestamista Coletivo, prevalecendo estas condições especiais sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao primeiro beneficiário/credor, e quando aplicável, ao(s) outro(s) beneficiário(s), o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte, mediante solicitação do segurado, em caso de sua invalidez funcional permanente e total por doença, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.2. Para fins desta cobertura, considera-se perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado.

2.3. Considera-se como risco coberto 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 prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em plano de tratamento direcionado 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;
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) deficiência visual, decorrente de doença:

- I. cegueira, na qual a acuidade visual seja igual ou menor que 0,05% no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- II. baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05% no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- III. casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- IV. ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

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

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

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

2.3.1. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPD, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.4. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que avaliados por instrumento de avaliação de invalidez funcional (IAIF) (conforme modelo a seguir) e atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

2.5. O IAIF é composto por dois documentos: o primeiro, a “Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos” avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos

Atributos	Escala	Pontos
------------------	---------------	---------------

Relações do segurado com o cotidiano	<p>1º grau O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação, deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.</p> <p>2º grau O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio para locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou de cognição.</p>	00 10
--------------------------------------	---	--------------

Atributos	Escala	Pontos
-----------	--------	--------

Relações do segurado com o cotidiano	Condições clínicas e estruturais do segurado	Conectividade do segurado com a vida	20
	<p>3º grau O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.</p> <p>1º grau O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.</p> <p>2º grau O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.</p> <p>3º grau O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.</p> <p>1º grau O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p> <p>2º grau O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; realizar atos de higiene e de asseio pessoal; manter as necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).</p> <p>3º grau O segurado necessita de auxílio para realizar 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.</p>	00 10 20 00 10 20	

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 nesse grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Para a classificação no 2º ou 3º graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

O segundo documento, a “Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade”, valora cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontuação
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há índice de massa corporal (IMC) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravamento mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência ou refratariedade terapêutica.	08

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 do trabalho, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único e **o segurado estará automaticamente excluído da apólice, sem direito a nenhuma outra cobertura**. Os prêmios recolhidos após o pagamento da indenização, serão devolvidos e devidamente corrigidos a partir da data de pagamento da indenização.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

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 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.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. A contratação será feita em território nacional, a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da caracterização da invalidez permanente, indicada na declaração médica.

5.3. A data da invalidez será considerada por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Cessaçã da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas disposto nos itens 20.1, "Cancelamento da apólice", e 20.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda **com o cancelamento do certificado individual**, exceto para os segurados cuja invalidez funcional permanente e total por doença tenha sido caracterizada na vigência da apólice, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nessa cobertura adicional.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal (com procuração específica para tanto), por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observado o item 21, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos complementares que possam ser solicitados, os documentos a seguir relacionados são documentos básicos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- c) cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS, caso esteja aposentado por esse motivo;
- d) declaração médica original contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez total;
- e) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados ou providenciados pela seguradora.

As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7.4. A indenização será paga na forma do item 8 a seguir.

7.5. O certificado individual de seguro será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez funcional permanente total por doença. Na eventualidade de haver recolhimento de prêmios após o pagamento da indenização, haverá exclusivamente a devolução dos valores dos prêmios após esta data, devidamente atualizados.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a Cláusula 5, Cláusula beneficiária, das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo.

8.2. **O primeiro beneficiário do seguro prestamista é sempre o credor (estipulante)**, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto e limitado ao capital segurado contratado.

8.3. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga diretamente ao segurado.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro Prestamista Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DOENÇAS GRAVES (DG)

Caso contratada, esta cobertura adicional integra o seguro Prestamista Coletivo, prevalecendo estas condições especiais sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo e, para fins desta cobertura, são consideradas doenças graves:
- a) **câncer**: designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células malignas no corpo humano;
 - b) **infarto agudo do miocárdio (IAM)**: advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história clínica de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas compatíveis com IAM e elevação de enzimas específicas e a morte propriamente dita do músculo cardíaco, comprovada por exames ecocardiográficos;
 - c) **acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame**: distúrbio vascular cerebral que produz sequelas neurológicas, caracterizadas como definitivas, após 6 (seis) meses de sua data de ocorrência. O acidente vascular cerebral deve ter sido identificado por meio de avaliação clínica-neurológica e exames por imagem;
 - d) **falência renal ou insuficiência renal crônica**: doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, estando o segurado se submetendo à diálise peritoneal ou a hemodiálises regulares;
 - e) **transplante de órgão vital**: recepção de transplante de coração, fígado, pâncreas ou medula óssea. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente, por no mínimo dois especialistas reconhecidos pela seguradora;
 - f) **perda de 80% ou mais de visão bilateralmente**;
 - g) **doença de Alzheimer**: caracterizada por demência (problema de memória, perda de habilidades motoras — como vestir-se, cozinhar, dirigir carro, lidar com dinheiro —, problemas de comportamento, confusão mental, agressividade e não reconhecimento dos próprios familiares);
 - h) **esclerose múltipla**: doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários;
 - j) **doença de Parkinson**: doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao primeiro beneficiário/credor, e quando aplicável, ao(s) outro(s) beneficiário(s), o pagamento do capital

segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de uma das doenças definidas no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

3. Cobertura

- 3.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao primeiro beneficiário/credor, e quando aplicável, ao(s) outro(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado desta cobertura, em caso de diagnóstico de uma das doenças definidas no item 1.1, ocorrido durante a vigência do certificado individual de seguro. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento do diagnóstico de alguma das doenças definidas anteriormente, ocorrido durante a vigência da apólice.

4. Riscos excluídos

- 4.1. Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

4.1.1. **Alzheimer: eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de outros tipos de demência e/ou relacionados a elas.**

4.1.2. **AVC:**

- a) **ataques isquêmicos transitórios;**
- b) **qualquer outra alteração neurológica, exceto paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;**
- c) **injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;**
- d) **hemorragia cerebral causada por acidente;**
- e) **hemorragia cerebral causada por tumores;**
- f) **hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;**
- g) **obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e**
- h) **sintomas neurológicos causado por enxaquecas.**

4.1.3. **Câncer:**

- a) **todos os cânceres não invasivos (in situ);**
- b) **todos os tipos câncer de pele, exceto melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III);**
- c) **tumor benigno;**
- d) **câncer existente antes do início de vigência do seguro;**
- e) **doença de Hodgkin na fase I;**
- f) **qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana;**
- g) **carcinoma micropapilar da bexiga; e**
- h) **leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);**
- h) **qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência do seguro e cuja recidiva ou invasão ocorra nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.**

- 4.1.4. Esclerose múltipla: doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).
- 4.1.5. Infarto agudo do miocárdio:
- angina do peito, incluindo angina estável e instável;
 - angina de decúbito;
 - infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG e sem elevação da troponina "I" ou "T"; e
 - outras síndromes coronarianas agudas.
- 4.1.6. Insuficiência renal crônica terminal: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.
- 4.1.7. Parkinson: eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta dos itens a seguir e/ou a eles relacionados:
- doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;
 - doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante à Doença de Parkinson;
 - doença de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
 - Doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.
- 4.1.8. Transplante de órgãos:
- colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda o de um doador humano.
 - transplantes com órgão de animais, não humanos.
 - autotransplantes (medula, mãos etc.).
 - transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.
 - transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).
 - transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.

5. Âmbito territorial da cobertura

- 5.1. A contratação será feita em território nacional e a cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

6. Capital segurado

- 6.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.
- 6.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, **a data do diagnóstico médico constatado por médico** que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. Cessação da cobertura

- 7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 20.1, "Cancelamento da apólice", e 20.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais.
- 7.2. **O pagamento de qualquer indenização decorrente da cobertura de doenç as graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do capital segurado ou renovação.**

8. Solicitação de indenização

- 8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal (com procuração específica para tanto), por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.
- 8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observado o item 21, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 8.3. Sem prejuízo de outros documentos complementares que possam ser solicitados, os documentos a seguir relacionados são documentos básicos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
 - a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
 - d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.
- 8.4. A indenização será paga na forma do item 8 a seguir.

9. Beneficiários

- 9.1. Os beneficiários estão em conformidade com o item 5, Cláusula beneficiária, das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo.
- 9.2. **O primeiro beneficiário do seguro Prestamista é sempre o credor (estipulante)**, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto e limitado ao capital segurado contratado.
- 9.3. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor que o valor a ser indenizado no seguro Prestamista, a diferenç a apurada será paga diretamente ao segurado.

10. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro Prestamista Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

INCAPACIDADE TOTAL TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E DOENÇA (ITT)

Caso contratada, esta cobertura adicional integra o seguro Prestamista Coletivo, prevalecendo estas condições especiais sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem o contrário.

1. Definições

- 1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo, para fins desta cobertura, considera-se complementarmente o seguinte termo técnico.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do segurado de suas atividades relativas à sua atividade liberal ou autônoma por incapacidade decorrente de doença ou acidente pessoal coberto e comprovada por laudo médico. Estão expressamente excluídas quaisquer atividades com vínculo empregatício (CLT).

2. Cobertura

- 2.1. A contratação desta cobertura adicional é **destinada a profissionais liberais ou autônomos**, e o pagamento do prêmio correspondente garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado desta cobertura, por meio da quitação ou amortização **de até um determinado número de parcelas definidas na apólice**, no caso de o segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer a sua profissão ou ocupação, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, desde que seja profissional liberal ou autônomo que possua comprovação de renda e atividade. Deverão ser observados os riscos excluídos, o período de carência, o período de franquia e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.
- 2.2. A indenização é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro fixado nas condições gerais e especiais, quando houver.
- 2.3. **Para ter direito a esta cobertura, é necessário que se comprovem, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos de atividade autônoma ou liberal entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro decorrente de incapacidade.**
- 2.4. **Após pagamento da indenização, para se ter direito a um novo benefício de Incapacidade Total Temporária por Acidente e Doença, é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis) meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro, mantida a obrigação de comprovar o item 2.3. concomitantemente.**
- 2.5. **O segurado apenas terá direito ao pagamento das parcelas enquanto permanecer impossibilitado, até o limite de parcelas definidos na apólice. A seguradora poderá solicitar a atualização mensal de informações ao segurado que comprovem sua impossibilidade. Nessa hipótese, a não apresentação dessas informações poderá ensejar a suspensão do pagamento da indenização.**

3. Riscos excluídos

- 3.1. **Além das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos”, das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas**

consequências diretas ou indiretas:

- a) qualquer acidente ou doença que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia nas especificações e condições da apólice;
- b) gravidez, parto, aborto e suas consequências, desde que não provocados por acidente pessoal coberto;
- c) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- d) hérnia discal, desde que não provocadas por acidente pessoal coberto e exceto quando houver possibilidade de tratamento cirúrgico;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, geriátricos, emagrecimento estético e para obesidade, e suas consequências, exceto obesidade mórbida;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) infecções oportunistas e consequentes doenças;
- h) os distúrbios ou as doenças psiquiátricas ou mentais, de qualquer natureza, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia, nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- i) epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- j) tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes de acidentes ocorridos durante a vigência do certificado de seguro;
- k) cirurgias para esterilização;
- l) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- m) afastamentos em decorrência de doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), de lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER);
- n) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- o) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e/ou com cirrose hepática;
- p) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração do contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequelas ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas ou sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;

- q) luxações recidivas ou instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- r) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protrusões discais degenerativas;
- s) ceratotomia (cirurgia para correções de miopia);
- t) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
- u) laserterapia, escleroterapia, microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias.

4. Âmbito territorial da cobertura

- 4.1. A contratação será feita em território nacional, a cobertura é válida somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador ou doença poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- 4.2. O segurado deve exercer suas atividades autônomas ou liberais em território nacional.

5. Capital segurado

- 5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.
- 5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:
 - a) a data do acidente que provocou a incapacidade total temporária por acidente pessoal; ou
 - b) a data do início do afastamento, no caso de incapacidade total temporária por doença.
- 5.3. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de Incapacidade Total e Temporária é automática após cada afastamento, sem a cobrança de prêmio e desde que não decorrente do mesmo evento.

6. Cessação da cobertura

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 20.1, “Cancelamento da apólice”, e 20.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda quando o segurado obtiver alta médica.

7. Solicitação de indenização

- 7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal (com procuração específica para tanto), por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

- 7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observado o item 21, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.
- 7.3. Sem prejuízo de outros documentos complementares que possam ser solicitados, os documentos a seguir relacionados são documentos básicos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:
- a) formulário de relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
 - b) cópia do boletim de ocorrência policial (quando houver registro);
 - c) atestado médico original confirmando o afastamento profissional;
 - d) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão ou a doença que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
 - e) cópia da comunicação de decisão do INSS do afastamento, na qual consta o período de afastamento;
 - f) requerimento de benefício por incapacidade no qual consta a data do último dia de trabalho;
 - g) carta de concessão do benefício emitido pelo INSS;
 - h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
 - i) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso essa informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
 - j) documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT);
 - k) cópia do Contrato de Financiamento;
 - l) comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) – os três últimos anteriores ao afastamento – ou Declaração do imposto de renda ou Carnê-leão – último;
 - m) cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
 - n) declaração do estipulante informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

Importante: a seguradora poderá solicitar a atualização mensal dessas informações ao segurado. Nessa hipótese, a não apresentação de tais informações poderá ensejar a suspensão do pagamento da indenização.

- 7.4. A indenização será paga na forma do item 8 a seguir por meio de parcelas mensais, enquanto o

segurado estiver impossibilitado de exercer a sua atividade autônoma ou liberal, observado o limite de parcelas definidas na proposta de adesão e no certificado individual. Caso a incapacidade supere o número de parcelas, a indenização não será mais devida.

- 7.5. O segurado poderá realizar a abertura de um novo sinistro se ocorrer um novo evento, desde que entre a abertura do sinistro e o novo evento já tenha decorrido o período mínimo indicado no item 2.4 e que estejam presentes os demais requisitos das condições gerais e especiais.

8. Beneficiários

- 8.1. Os beneficiários devem estar em conformidade com o item 5, Cláusula beneficiária, das condições gerais do seguro Prestamista Coletivo.
- 8.2. **O primeiro beneficiário desta cobertura adicional é sempre o credor (estipulante)**, a quem deverá ser paga a indenização mensal como amortização do valor da obrigação, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação à qual o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto e limitado ao capital segurado contratado.
- 8.3. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor já esteja quitado, e considerando que esta cobertura visa o pagamento ou amortização de parcelas, não será devido nenhum pagamento de indenização ao segurado ou aos demais beneficiários.

9. Disposições gerais

- 9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro Prestamista Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.