

SEGURO PRESTAMISTA CONSÓRCIO

VERSÃO 1.1

Condições Gerais

CNPJ 87.912.143/0001-58
Processo SUSEP N° 15414.002696/2011-85

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	3
2. DEFINIÇÕES.....	3
3. COBERTURAS DO SEGURO.....	4
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	5
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	6
6. INCLUSÃO DO SEGURADO.....	6
7. CARÊNCIA.....	6
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	7
9. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	8
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	8
11. CAPITALS SEGURADOS.....	8
12. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	8
13. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO.....	9
14. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	9
15. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	10
16. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	10
17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.....	10
18. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	10
19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	11
20. PERDA DE DIREITOS.....	12
21. BENEFICIÁRIOS.....	13
22. SUB-ROGAÇÃO.....	14
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	14
24. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	14
25. FORO.....	15
REGULAMENTO DO DEFENSOR DO SEGURADO.....	16
Artigo 1º – Da Constituição.....	16
Artigo 2º – Da Competência.....	16
Artigo 3º – Das Alçadas.....	16
Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS.....	16
Artigo 5º – Do Mandato.....	16
Artigo 6º – Do Funcionamento.....	17
Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas.....	17
Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS.....	18

CONDIÇÕES GERAIS

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ou saldo devedor ao estipulante, relacionado a dívida contraída pelo segurado, caso ocorra algum dos eventos nele previstos, e indicados na proposta de adesão, nas condições contratuais e no certificado Individual e desde que o evento não se enquadre como “risco excluído da cobertura securitária”.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total do segurado.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.1.2. **Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:**

- a) as doenças, inclusive as profissionais, pandemias ou epidemias, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.

2.2. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.3. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

2.3.1. **Valor da Categoria:** Em consórcios é o valor do crédito acrescido da taxa de administração e fundo de reserva, desde que devidamente averbados com prêmio recolhido

2.4. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

2.5. **Carência:** período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.6. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado e emitido pela 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, no qual estarão indicadas as coberturas contratadas.

2.7. **Cobertura:** compromisso da seguradora com o pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

- 2.8. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.9. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.10. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.
- 2.11. Contrato:** 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, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.12. Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica ou motora, ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.
- 2.13. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor.
- 2.14. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 2.15. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.16. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.17. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.18. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.19. Instituição Financeira:** pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas nas condições especiais do seguro.
- 2.20. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.21. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.22. Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.23. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.24. Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.25. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física e pessoa jurídica manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.26. Riscos Excluídos:** os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.27. Saldo Devedor:** é a diferença entre o valor financiado/crédito concedido reajustado, acrescido dos encargos da operação e o valor total que já foi amortizado (pago) até a data da apuração ou liquidação do sinistro.
- 2.28. Segurado:** pessoa física ou pessoa jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.29. Seguro Contributivo:** aquele em que o segurado paga o prêmio total para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.30. Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- 2.31. Valor da Categoria:** Em consórcios é o valor do crédito acrescido da taxa de administração e fundo de reserva, desde que devidamente averbados com prêmio recolhido.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

3.1.1. MORTE

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital ou saldo devedor segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

3.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

3.1.2.1. Garante o pagamento do capital segurado ou saldo devedor contratado ao beneficiário, caso o segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

3.1.2.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total” os acidentes que resultem em:

- perda total da visão de ambos os olhos;
- perda total do uso de ambos os braços;
- perda total do uso de ambas as pernas;
- perda total do uso de ambas as mãos;
- perda total do uso de um braço e uma perna;
- perda total do uso de uma das mãos e um dos pés; e
- perda total do uso de ambos os pés.

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

3.1.2.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital ou saldo devedor segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

3.1.2.5. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.1. Este seguro pode contemplar coberturas adicionais, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas, podendo ser:

- Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente
- Perda de Renda por Desemprego Involuntário

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estarão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
- d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;
- e) lesão premeditada auto-infligida, suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
- f) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- g) intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- h) epidemias e pandemias oficialmente declaradas por órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- i) dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior; e

j) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade.

l) atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelos sócios controladores da empresa segurada, seus dirigentes e administradores legais, Beneficiários e pelos representantes legais de cada uma destas partes.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídas da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

b) acidentes médicos;

c) tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;

d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;

e) envenenamentos, exceto escapamento de gases e vapores;

f) viagens em aeronaves ou embarcações:

- que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
- dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
- que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.

g) perda de dentes e os danos estéticos;

h) qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4.2.1. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Total por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice

4.3. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.4. Não estarão cobertos pelo presente seguro Segurados que:

a) Não tenham preenchido a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade constante das Especificações do Seguro, e/ou que esta tenha sido recusada;

b) Sejam sócios do Estipulante, a qualquer título;

c) Sem que tenha sido observada a legislação referente ao capítulo I da personalidade e capacidade da pessoa física, descrita no Código Civil Brasileiro;

d) Sejam Órgãos da União, Estados, Municípios e respectivas Autarquias, bem como de empresas controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público;

e) Sejam associações, igrejas, cooperativas, sindicatos e instituições similares; e

f) Não tenham pago o prêmio devido à Seguradora, não averbados.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

6.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como a Declaração Pessoal de Saúde.

7. CARÊNCIA

7.1. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para o suicídio, poderá ser aplicada uma carência de até 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de início de vigência do respectivo risco individual, exceto para os casos de acidente, conforme especificado nas condições contratuais.

7.2. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis, acompanhados das seguintes informações cadastrais.
- 8.1.1. Se pessoa física:**
- a) nome completo;
 - b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);
 - c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e
 - d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.
- 8.1.2. Se pessoa jurídica:**
- a) a denominação ou razão social;
 - b) atividade principal desenvolvida;
 - c) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); e
 - d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
- 8.2. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.
- 8.2.1. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
- 8.2.2. Em caso de recusa da proposta dentro dos prazos previstos, a cobertura prevalecerá por mais 2 dias úteis, contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou o corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa.**
- 8.2.3. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pro rata temporis pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.**
- 8.3. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.
- 8.3.1. A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias. Neste caso, o prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 8.4. Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam as seguintes condições:
- a) estar em condições normais de saúde;
 - b) estar em atividade normal no trabalho ou, no caso de aposentados, somente por tempo de serviço;
 - c) ter mais de 14 (quatorze) anos e menos que a idade indicada na Apólice de Seguro, na data de sua inclusão no seguro.
 - d) a idade do Segurado não poderá ser superior a idade indicada na Apólice de Seguro obtida entre a soma da idade na data da assinatura do contrato ao prazo do financiamento/grupo.
 - e) preencher e assinar a Declaração Pessoal de Saúde.
- 8.5. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.
- 8.6. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.
- 8.7. Nos casos de cota em nome de Pessoa Jurídica:
- a) deverá ser informado a Seguradora quando da adesão às datas de nascimento de todos os sócios;
 - b) serão considerados sócios com participação no capital social da empresa na data de adesão e a indenização será feita na mesma proporção da sua participação no capital social da empresa, desde que atenda as condições, conforme descrito nesta cláusula;
 - c) nos casos em que haja uma cota em nome de três pessoas físicas, a indenização será proporcional ao número de titulares desta cota, observando-se as restrições para ingresso de participantes na apólice. Sendo que se um dos

participantes estiver impedido de ingressar na apólice, o percentual de cobertura a ele correspondente será transferido aos outros participantes que satisfaçam as condições de ingresso.

d) quando um dos sócios não atender aos itens desta cláusula ou ainda não atender o item 4.1.c) da CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, a Seguradora fica isenta do pagamento de indenização de sua cota parte.

- 8.8. Quando for constatado cota de consórcio adquirido em nome de pessoa jurídica, e em se tratando de Sociedade Anônima, a Seguradora fica isenta do pagamento de indenização e providenciará imediatamente a devolução do prêmio pago atualizado pela Taxa Referencial (TR) até a data da efetiva devolução.
- 8.9. Quanto tratar-se de massa transferida, serão aceitos todos os consorciados que já possuam contrato junto ao Estipulante, desde que comprove através de cópia da apólice anterior e relação de faturamento dos últimos 03 (três) meses, com recolhimento de prêmio. Sem prejuízo do item 8.4. desta cláusula.
- 8.10. 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 ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 8.11. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.
- 8.12. Sempre que houver alguma resposta afirmativa no preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, o Estipulante terá 5 (cinco) dias, para enviar a mesma à Seguradora, que analisará a aceitação do risco ou não em até 5 (cinco) dias contados do recebimento na Seguradora.

9. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 9.1. A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.
- 9.2. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.
- 9.3. Para contratos em andamento (massa transferida), a cobertura iniciará-se junto com a vigência da apólice.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 10.1. A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 10.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.
- 10.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 10.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 10.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

11. CAPITAIS SEGURADOS

- 11.1. Os limites de capitais segurados poderão ser o Valor da Categoria, Valor do Crédito ou Saldo Devedor determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.
- 11.2. O Estipulante deverá submeter, para aceitação da Seguradora, todos os casos de Segurados cujo limite estabelecido seja ultrapassado, isentando a Seguradora de qualquer responsabilidade pela não apresentação e aceitação.
- 11.3. O Capital Segurado é fixado nas condições contratuais acordadas entre as partes, e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora, por CPF/CNPJ.
- 11.4. A Seguradora poderá realizar a devolução dos casos que ultrapassar o Capital Segurado acordado nas condições contratuais, respeitando o prazo estabelecido no item 8.2 destas condições.
- 11.5. Para casos acima do limite máximo de responsabilidade, a Seguradora poderá estabelecer outras Condições para a inclusão do Segurado na cobertura da apólice, as quais deverão ser observadas pelo Estipulante, sob pena de exclusão da cobertura da apólice de todas as operações de financiamento/crédito efetuadas com o referido Segurado.

12. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 12.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se forem aceitos pela seguradora, a

vigência dos novos capitais segurados terá início no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para hipótese de suicídio.

12.1.1. A carência de 2 (dois) anos a que se refere o item 12.1 é referente ao aumento do capital segurado, ou seja, da diferença entre o capital segurado novo e o antigo.

13. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

- 13.1. Para os casos de capital segurado não variável de acordo com o saldo devedor, estes serão anualmente atualizados em conformidade com IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).
- 13.2. Para os casos de capital segurado variável de acordo com o saldo devedor, mensalmente os capitais segurados e os prêmios serão recalculados em conformidade com o valor do saldo devedor.
- 13.3. Na proposta de seguro constará se o critério utilizado será de atualização ou de recálculo do capital segurado.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 14.1. O prêmio deste seguro deverá ser pago obrigatoriamente através da rede bancária ou outras formas admitidas em lei até as datas de vencimento estabelecidas na Apólice/Certificado de Seguro ou no documento de cobrança emitido pela Seguradora, o qual será encaminhado diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um desses ao corretor de seguros até 5 (cinco) dias úteis antes da data de seu vencimento.
 - 14.1.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não houver expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário
 - 14.1.2. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionada, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
 - 14.1.3 Durante o período de inadimplência, até o vencimento da segunda parcela, a cobertura do seguro será mantida com consequente cobrança do prêmio e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiários.
 - 14.1.4. Os pagamentos dos prêmios obedecerão às disposições vigentes, não sendo admitida, sob qualquer hipótese, a sua compensação com sinistros pendentes, renunciando expressamente o Estipulante a esta compensação, de acordo com o permissivo constante do Código Civil Brasileiro.
- 14.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
 - 14.2.1 Durante o período de inadimplência, até o vencimento da segunda parcela, a cobertura do seguro será mantida com consequente cobrança do prêmio e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiários
- 14.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado, se o pagamento for realizado ainda naquele prazo.
- 14.4. Mensalmente, até o dia 10 (dez) de cada mês de competência do risco, deverá ser enviada à seguradora uma listagem ou qualquer outro meio magnético com as informações necessárias para o cálculo do prêmio, incluindo-se nome, sexo, CPF, data de nascimento e data de inclusão (conforme estrutura de arquivo de averbação mensal – Anexo I das Condições Contratuais). Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado, a inclusão será feita no mês subsequente, sendo o faturamento feito com base no mês anterior.
- 14.5. O valor mínimo para faturamento mensal será o estipulado nas Condições Contratuais independente da quantidade de Segurados.
- 14.6. O seguro será custeado totalmente pelo Segurado.
- 14.7. De posse desses dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento conforme o total do prêmio devido especificado nas condições contratuais.
- 14.8. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 17 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO e 18 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais.
 - 14.8.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.
 - 14.8.2. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.

14.9. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 15 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.

15. REAVALIAÇÃO DE TAXA

15.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.

15.2. Anualmente, será efetuada a apuração de sinistralidade da apólice (Sinistro dividido por Prêmio), e se esse percentual for superior a 50% (cinquenta por cento), as condições do negócio serão revistas, e serão efetuados os ajustes conforme abaixo:

1º) redução da comissão; e/ou por último

2º) reajuste no valor do prêmio.

15.2.1. A modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa dos segurados que representem no mínimo três quartos do grupo segurado.

15.2.2. Quando ocorrer a reavaliação das taxas, esta será realizada por endosso à apólice.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

16.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
- quando terminar o prazo do financiamento/consórcio;
- quebra de vínculo existente entre o Segurado e Estipulante;
- pagamento pelo Segurado da última parcela devida junto ao Estipulante, salvo se houver antecipação das parcelas;
- falecimento do Segurado;
- exclusão do Segurado por solicitação do Estipulante;
- não pagamento do prêmio devido, excedendo o prazo de inadimplência estabelecido no item 17 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
- se o Segurado não fizer declarações verdadeiras ou completas, ou omitir circunstâncias do seu conhecimento que pudessem ter influenciado na aceitação do seguro ou na determinação do prêmio;
- se o Segurado ou seus prepostos praticarem atos ilícitos ou dolo, simulando, provocando, ou agravando as consequências do sinistro, para obter benefícios deste seguro;
- cancelamento da apólice.

17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

17.1. O não pagamento do prêmio por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança.

17.1.1 Durante o período de inadimplência, até o vencimento da segunda parcela, a cobertura do seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiários.

17.2. Na falta de pagamento de 02 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 17 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

18.2. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

18.3. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

- 18.4. Caso ocorra a quitação antecipada da dívida, com o seguro ainda vigente, a seguradora procederá o cancelamento da apólice e a respectiva a devolução do prêmio.
- 18.5. A apólice poderá ser cancelada:
- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
 - a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, e no caso de seguro coletivo, com a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 19.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.
- 19.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 19.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 19.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado ou saldo devedor será atualizado pela variação do preço do bem objeto do plano de financiamento/consórcio, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 19.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será de acordo com o informado nas Condições Contratuais.
- 19.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**

19.5.1. Em caso de Morte:

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
- comprovante de residência do beneficiário;
- Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
- Laudo Necroscópico do IML (em caso de acidente);
- cópia do Registro de Emprego e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge);
- Cópia da proposta de adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde (devidamente preenchida e assinada pelo segurado);
- Cópia termo de declarações de testemunhas e indiciados (em caso de acidente);
- Laudo da Polícia Técnica e/ou Laudo do Instituto de Criminalística (em caso de acidente);
- Relatório médico complementar e/ou prontuário médico de hospital e/ou posto de saúde e/ou clínica particular do médico que assistia o segurado nos últimos anos, esclarecendo diagnóstico, data de início da doença, tratamentos e exames médicos realizados que diagnosticaram a doença; e
- Extrato do consórcio do mês do falecimento.

19.5.2. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- Comunicado de Sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- no caso de Invalidez Total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
- relatório médico contendo as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.
- cópia do Registro de Emprego;
- comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (caso o segurado seja o motorista); e

- Radiografias do órgão lesado.

19.5.3. Cópia dos documentos dos beneficiários:

- Se forem os filhos: certidão de nascimento ou casamento destes; alvará judicial para os filhos menores de 21 anos;
- Se for o cônjuge: certidão de casamento;
- Se for o companheiro: cópia da Carteira Profissional de Trabalho, onde conste o nome do companheiro (a) dependente reconhecido pelo INSS; cópia da Declaração de Imposto de Renda e/ou de 03 (três) pessoas idôneas com firma reconhecida em cartório mencionado sobre o segurado e há quanto tempo viviam em regime de companheirismo, bem como comprovação de endereço; cópia do PIS/PASEP/FGTS, onde conste o nome do dependente reconhecido pelo INSS;
- No caso de segurado separado consensualmente, desquitado ou divorciado: certidão de casamento atualizada com averbação de separação parcial. Havendo a existência da esposa(o) e da(o) companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- Se forem os pais: certidão de nascimento do segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de 03 (três) pessoas idôneas com firma reconhecida em cartório, mencionando que o segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o segurado seja maior de 21 anos);
- Se forem os irmãos: certidão de nascimento ou casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de 03 (três) pessoas idôneas com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do segurado; documento de identidade e CPF dos beneficiários; extrato do mês do falecimento; cópia da proposta de adesão e/ou declaração da empresa informando a data de início do mesmo e o valor da categoria do mês do evento.

19.6. As indenizações serão pagas sob forma de pagamento único.

19.7. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

19.8. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

19.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de tolerância.

19.10. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

19.11. Caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

20. PERDA DE DIREITOS

20.1. O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- inexactidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;
- não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
- utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;
- agravamento intencional do risco;
- se 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 ao pagamento do prêmio vencido;

- fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
 - tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
 - solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
 - dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado ou o saldo devedor.
- 20.2. 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) ao 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 do capital segurado:**
- 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 beneficiário ou 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.**
- 20.3. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.**
- 20.4. Entende-se como “agravação do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.**
- 20.5. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**
- 20.6. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

21. BENEFICIÁRIOS

- 21.1. O primeiro beneficiário será sempre o estipulante que, receberá o valor correspondente ao saldo da dívida ou compromisso assumido. Caso haja diferença entre o saldo da dívida e o capital segurado, esta será paga a diferença conforme estabelecido abaixo.**
- 21.2. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.**
- 21.3. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-dador.**
- 21.4. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.**
- 21.4.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ou saldo devedor ao(s) antigo(s) beneficiário(s).**
- 21.5. A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.**
- 21.6. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.**
- 21.7. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.**

22. SUB-ROGAÇÃO

22.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. O Estipulante deverá fornecer à Seguradora as informações cadastrais de seus Segurados, respectivos beneficiários e representantes, constantes no item 8.1 da Cláusula 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO, conforme legislação vigente.

23.1.1. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados acima informados.

23.2. Constituem, também, obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, 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) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice/Certificado de Seguro, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- l) informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

23.3. Fica estabelecido que qualquer modificação ocorrida na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

23.4. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

23.5. Será expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de, pelo menos, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos.

23.6. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante sempre que solicitado.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

24.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

-
- 24.2. Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei.
- 24.3. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 24.4. **Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição, sendo assim não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados, ao beneficiário ou ao estipulante.**
- 24.5. **O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 24.6. **O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 24.7. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 24.8. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

25. FORO

-
- 25.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

REGULAMENTO DO DEFENSOR DO SEGURADO

Artigo 1º – Da Constituição

Por decisão do Conselho de Administração da **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.**, foi constituído o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**.

§ 1º– O objetivo da constituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é proteger os direitos dos **Segurados** e participantes pessoas físicas e garantir a equidade de suas relações com a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** – doravante denominadas “Empresas” – mediante a apreciação e o julgamento dos eventuais conflitos de interesses que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada.

§ 2º– O recurso ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é de caráter gratuito e só será acatado para as reclamações que não entraram na área contenciosa e que não superem o limite de alçada previsto neste Regulamento.

§ 3º– A atuação do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** estende-se aos participantes de planos de previdência e suas decisões são vinculantes à **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.**, pela anuência de seus acionistas.

Artigo 2º – Da Competência

Para o desenvolvimento de suas funções, compete ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

- Conhecer e resolver as reclamações que, dentro dos respectivos contratos, sejam formuladas por **Segurados** ou participantes, pessoas físicas, ou pelos que os sucedam neste direito específico, com exclusão das reclamações de terceiros. As resoluções deste item possuem caráter vinculante às Empresas.
- Analisar as cláusulas contratuais e recomendar aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas os ajustes técnicos das coberturas e/ou introdução no contrato ou nos regulamentos operacionais de cláusulas ou regras que aperfeiçoem o relacionamento entre as partes. Tais recomendações não têm caráter vinculante; porém, sua viabilidade de implementação deve ser considerada.

Artigo 3º – Das Alçadas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** serão adotadas com base no critério de equidade e, possuindo caráter vinculante às Empresas – se aceitas pelos **Segurados** ou participantes e se a quantia do direito que se reconhece não exceder R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil), devem ser de cumprimento obrigatório pelas Empresas num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 1º– O reclamante poderá aceitar tais resoluções ou recorrer às ações que legalmente lhe correspondam para a defesa de seus direitos.

Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O Cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será exercido por pessoa devidamente habilitada, designada pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas. A escolha deverá recair em juristas de reconhecido prestígio ou em catedráticos das Faculdades de Direito, com preferência os que tenham experiência em entidades relacionadas ao seguro e aos planos de previdência.

§ 1º– Entende-se por pessoa devidamente habilitada aquela que atenda aos seguintes quesitos:

- Isonomia** – A inexistência de vínculo empregatício com as **Empresas** lhe confere a imparcialidade necessária que a função requer.
- Conhecimento** – Uma área tão específica requer um profissional cujo profundo domínio da instituição do seguro seja uma referência no mercado.
- Autonomia** – Uma vez analisada a reclamação relativa a contratos de seguros ou previdência privada, sua resolução será reconhecida e acatada pela **Empresa**.
- Moral** – Sua ilibada reputação é credencial para que suas resoluções sejam irrefutáveis e assumidas pelas partes como equilibradas, justas e éticas.

§ 2º– Não poderá ser considerado para o cargo aquele que esteja exercendo função de conselheiro, executivo ou funcionário das Empresas, nem pessoas que tenham parentesco com eles até o segundo grau, inclusive por afinidade.

§ 3º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** não será considerado eticamente habilitado a resolver eventuais reclamações oriundas de segurados ou participantes com quem tenha vínculo de parentesco até 2º grau, ascendentes ou descendentes, ou ainda em causa própria.

Artigo 5º – Do Mandato

A duração do cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será de 3 (três) anos. Por decisão dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, será admitida a recondução do titular ao cargo sucessivamente, sem limite de tempo, até que este complete 75 (setenta e cinco) anos de idade.

- § 1º– A tomada de posse do cargo determina a atribuição ao empossado do título de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e lhe dá o poder de organizar a instituição da forma que permita facilitar e agilizar a resolução das reclamações e colaborar com recomendações aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, contribuindo para o aperfeiçoamento da relação jurídica contratual.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** pode ser destituído do cargo pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas a qualquer momento, após análise e deliberação embasadas em fatos que visem ao aprimoramento da função.
- § 3º– Quando ocorrer o afastamento permanente ou temporário por qualquer motivo ou a destituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** do cargo dentro do período de sua designação, um substituto interino deverá ser indicado em caráter de urgência pelos Presidentes dos Conselhos de Administração das Empresas. O substituto interino deverá permanecer na função até que os Conselhos de Administração das Empresas possam indicar um novo **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que iniciará, a partir de sua nomeação, um novo mandato de 3 (três) anos.

Artigo 6º – Do Funcionamento

Podem recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** todas as pessoas físicas – segurados, participantes de planos previdenciários ou seus beneficiários legais – que, em função de sinistros ou de qualquer outra circunstância derivada do seu contrato de seguro ou regulamento de plano, tenham qualquer reclamação contra as Empresas até o limite da alçada definido neste Regulamento. Para maior agilidade do processo, a reclamação, juntamente com as demais documentações, poderá ser elaborada pelo corretor de seguros e enviada ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, desde que a referida reclamação seja assinada também pelo segurado.

- § 1º– Serão requisitos imprescindíveis para se recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:
- a) que o reclamante tenha esgotado a via da reclamação ordinária ante os órgãos competentes das Empresas respectivas, entendendo-se que esta via estará esgotada quando:
 1. exista uma decisão expressa do diretor territorial da **MAPFRE SEGUROS**;
 2. haja transcorrido um período de 60 (sessenta) dias corridos, contados desde quando o **Segurado** formulou sua reclamação escrita, e esta não tenha sido resolvida pelo diretor territorial correspondente;
 - b) que a reclamação seja feita na forma escrita, endereçada à Caixa Postal do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** via Correios, CEP 05804-970 – São Paulo/SP.
- § 2º– A aceitação para trâmite do processo de reclamação compete exclusivamente ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que deverá comunicar diretamente ao reclamante, em até 8 (oito) dias corridos após o recebimento da correspondência, com cópia ao corretor e às Empresas, o seguinte:
- a) a aceitação do processo para trâmite imediato e o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para resolver o conflito;
 - b) a aceitação do processo sob a condição de que o **Segurado** ou participante se comprometa a fornecer os documentos complementares necessários para a reclamação. Quando a reclamação estiver em ordem quanto aos itens requisitados, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará ao reclamante e às Empresas que o mesmo entrará em tramitação. A partir desse momento, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** terá o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para sua resolução;
 - c) sua não-aceitação, indicando as causas que assim as justifiquem.
- § 3º – Após o trâmite da reclamação, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará por escrito a sua resolução e o motivo pelo qual ela foi tomada diretamente ao reclamante, com cópia ao seu corretor e às Empresas.
- § 4º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** solicitará de cada uma das Empresas, por meio dos diretores territoriais, todas as informações de que necessite relacionadas às reclamações admitidas para trâmite, e as Empresas as atenderão num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.
- § 5º– Os diretores-presidentes das Empresas ordenarão o cumprimento das resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** que tenham sido aceitas pelo reclamante em até 8 (oito) dias corridos, já que possuem caráter obrigatório. No caso das recomendações que não sejam vinculantes, elas deverão ser encaminhadas para análise de aplicação.
- § 6º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** redigirá, a cada ano, até o dia 28 de fevereiro, um relatório de sua atuação, que apresentará aos presidentes dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas.

Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** são de caráter vinculante às Empresas, razão pela qual a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** obrigam-se a acatá-las, desde que estejam dentro do limite de alçada determinado neste Regulamento e desde que sejam aceitas pelo reclamante.

- § 1º– As recomendações do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** com relação à modificação de cláusulas contratuais e/ou aos ajustes técnicos nos contratos e regulamentos operacionais das Empresas não são obrigatórias e podem, ou não, ser aceitas.

- § 2º– Cada uma das Empresas tem a obrigação de, no fim de cada mês, informar ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** a situação final de cada uma das reclamações que tenham sido tramitadas por ele e sobre as quais decidiu.
- § 3º– O Conselho de Administração dará instruções a cada uma das Empresas sobre a divulgação eficaz aos Segurados, Participantes e Corretores sobre a existência do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, assim como seus objetivos e as normas que regulam sua atuação, além das condições obrigatórias para a aceitação das reclamações e dos procedimentos para sua tramitação.

Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá dos meios necessários para o exercício independente de suas funções, que lhe será garantido pelos órgãos superiores das Empresas por meio da pré-aprovação de um orçamento anual.

- § 1º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de instalações e organização próprias fora das instalações das Empresas envolvidas, contando com os equipamentos necessários às suas atribuições.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de uma caixa postal de seu uso exclusivo, onde receberá diretamente a correspondência dos segurados.
- § 3º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** contará com a colaboração dos diretores-presidentes das Empresas, que garantirão o bom e pleno funcionamento das relações entre o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e os diversos órgãos das Empresas.

**Disque
Fraude** 
0800-775-7333
Todos contra a fraude

A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE no mundo. É por esse motivo que instituimos, de forma pioneira no Brasil, o DISQUE FRAUDE, um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo. Coragem e respeito por você nos permitem ser ousados para exigir processos e produtos transparentes, sempre.