



ALFA SEGURO PRESTAMISTA

CAPITAL FIXO

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado, descritas na Apólice de Seguro.

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

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de Processo Susep constante na Apólice de Seguro.

Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

RECOMENDAMOS A LEITURA ATENTA DESTA CONDIÇÃO GERAL, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO.

Outras informações através do SAC 0800-774-2532 | Ouvidoria 0800-774-2352 – e-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br. Para uso exclusivo de deficientes auditivos: SAC 0800-770-5244 | Ouvidoria: 0800-770-5140.

CONDIÇÃO GERAL SEGURO PRESTAMISTA FIXO

OUVIDORIA

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

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

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

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

QUEM PODE RECORRER

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

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

O QUE PRECEDE

1º) Os canais regulares de atendimento (**Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC: 0800-774-2532 - Deficientes Auditivos ou de fala: 0800-770-5244**) e departamentos envolvidos, devem ter analisado o pedido antes de o recurso ser apresentado à Ouvidoria.

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

COMO RECORRER

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

OUVIDORIA – Alfa Previdência e Vida S.A.

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar

CEP: 01418-000

São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02

Processo SUSEP 15414.627141/2019-06

CONDIÇÃO GERAL SEGURO PRESTAMISTA FIXO

Telefone: 0800-774-2352

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

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

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

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

QUEM É O OUVIDOR

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

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

A FUNÇÃO DO OUVIDOR

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

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

<https://www.alfaseguradora.com.br/Portal/Alfa/Ouvidoria>

Sumário

1. DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	6
2. OBJETIVO DO SEGURO	13
3. GARANTIAS DO SEGURO	13
4. RISCOS EXCLUÍDOS	13
5. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	15
6. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO	15
7. INCLUSÃO DE SEGURADOS	17
8. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	17
9. CARÊNCIA	17
10. REGIME FINANCEIRO	18
11. PRAZO DE VIGÊNCIA	18
12. RENOVAÇÃO	18
13. PROVA DO SEGURO	19
14. CAPITAL SEGURADO	19
15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	19
16. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA	20
17. CUSTEIO DO SEGURO	21
18. PAGAMENTO DO PRÊMIO	21
19. CANCELAMENTO	22
20. TERMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	23
21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE	23
22. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	25
23. INDENIZAÇÃO	26
24. BENEFICIÁRIOS	29
25. ALTERAÇÃO DE CONTRATO	30
26. PRESCRIÇÃO	30
27. FORO	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA DE MORTE (M)	32
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	36
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	40
CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	45

1. DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

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

Incluem-se, ainda, no conceito:

- ✓ O suicídio ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- ✓ Acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o **Segurado** ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- ✓ Acidentes decorrentes do escapamento acidental de gases e vapores;
- ✓ Acidentes decorrentes de Sequestros e tentativas de sequestros; e
- ✓ Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

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

- ✓ **Doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- ✓ **Intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- ✓ **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
e
- ✓ **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal ora definido nesta Condição Geral.**

▲ **Agravamento do Risco:** Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência do risco. O segurado perderá o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

▲ **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa

CONDIÇÃO GERAL SEGURO PRESTAMISTA FIXO

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.

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

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

▲ **Beneficiário(s):** O Beneficiário será sempre a Instituição Credora, no valor correspondente à eventual dívida do Segurado existente à época do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado.

▲ **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave.

▲ **Capital Segurado Fixo:** Modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independente da evolução do valor da obrigação.

▲ **Certificado Individual:** É o documento destinado ao Segurado, 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.

▲ **Cobertura de Risco:** Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

▲ **Condições Contratuais:** É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, e da proposta de contratação.

▲ **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante e da Seguradora e que integram a apólice de seguro.

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

▲ **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

▲ **Consignante:** Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

▲ **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

▲ **Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante, Sub-Estipulante, Segurado e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano de seguro, e fixam os direitos e obrigações de cada uma das partes (Estipulante, Sub-Estipulante, Seguradora, Segurados e Beneficiários).

▲ **Corretor de Seguros:** É a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover a realização de plano de seguro entre o Estipulante e o Segurado junto à Seguradora, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se refere às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.

▲ **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

▲ **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

▲ **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

▲ **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

▲ **Disposições Contratuais:** é o conjunto de condições que regem a contratação.

▲ **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

- ▲ **Doença Preexistente:** É a doença de conhecimento do Segurado e não declarada.
- ▲ **Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- ▲ **Dolo:** É o ato consciente ou intenção de cometer ato ilícito, por ação ou omissão.
- ▲ **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- ▲ **Estipulante ou Sub-Estipulante:** É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro e representa os Segurados perante a Seguradora, sendo expressamente vedada a atuação como Estipulante ou Sub-Estipulante por parte de corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes. Esta vedação não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.
- ▲ **Etiologia:** Causa de cada doença.
- ▲ **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Beneficiário pode receber a Indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).
- ▲ **Evento Preexistente:** É toda doença contraída, ainda que não manifestada, ou acidente ocorrido com o Segurado, anteriormente à data do início de vigência do seguro.
- ▲ **Franquia:** É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, correspondente a um período em dias.
- ▲ **Garantias/Coberturas:** São as obrigações que a Seguradora assume perante o Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado, quando da ocorrência de um evento coberto.
- ▲ **Grupo Segurado:** É o conjunto de componentes do grupo segurável, efetivamente aceitos e incluídos no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.
- ▲ **Grupo Segurável:** São as pessoas vinculadas ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante que, estando em perfeitas condições de saúde e plena atividade de suas funções profissionais, podem ser incluídas no seguro.
- ▲ **Hígido:** Saudável.

▲ **Indenização:** É o valor que a Seguradora paga ao Segurado ou a seu Beneficiário em decorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido para cada garantia contratada e demais condições do seguro.

▲ **Início de vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

▲ **Instituições de Crédito:** São as instituições financeiras, como bancos, cooperativas de crédito e congêneres, que concedem créditos, empréstimos ou financiamentos a pessoas físicas e/ou jurídicas.

▲ **Médico:** É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

▲ **Nota Técnica Atuarial:** É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

▲ **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

▲ **Período de Cobertura:** É o período de vigência da apólice, durante o qual o Segurado ou seus beneficiários farão jus aos Capitais Segurados contratados.

▲ **Plano de Seguro:** É o conjunto de garantias contratados pelo Segurado.

▲ **Prazo de Carência:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento de 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.

▲ **Prêmio:** É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

▲ **▲ Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

▲ **Proponente:** É o componente do Grupo Segurável que propõe sua adesão ao seguro e

que passará à condição de Segurado titular somente após a sua aceitação pela Seguradora.

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

▲ **Proposta de Contratação:** É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante e/ou Sub-Estipulante, pessoa jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

▲ **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

▲ **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

▲ **Regime Financeiro de Repartição Simples:** É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os Segurados da apólice, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

▲ **Reintegração:** É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pelo Apólice de Seguro.

▲ **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam à autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

▲ **Risco:** Probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

▲ **Riscos Excluídos:** Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

▲ **Seguradora:** É a Alfa Previdência e Vida S.A., denominada nas Cláusulas do contrato apenas Seguradora, empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal. A Seguradora, recebendo o prêmio, assume o risco e garante

indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato.

▲ **Segurado:** São as pessoas físicas que, através de contrato específico, tenham contraído dívida junto a Instituição de Crédito, e que tenha sido regularmente aceito e incluído no seguro.

▲ **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

▲ **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

▲ **Sinistro:** Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.

▲ **SUSEP – Superintendência de Seguros Privados:** É o órgão responsável pelo controle e pela fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

▲ **Vigência:** É o período de tempo que determina o início e o fim da validade do seguro e das garantias contratadas.

2. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir aos Segurados o pagamento de uma indenização para amortizar dívida contraída ou para atender a compromisso assumido, sendo o primeiro beneficiário a empresa detentora da dívida ou do compromisso (credor), caso venha ocorrer um sinistro coberto pela apólice durante sua vigência e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas, conforme estas Condições Gerais e Apólice de Seguro, exceto se decorrente dos riscos excluídos.

3. GARANTIAS DO SEGURO

AS GARANTIAS ADIANTE RELACIONADAS DEVERÃO SER SEMPRE CONSIDERADAS EM CONJUNTO COM O QUE DISPÕE OS RISCOS EXCLUÍDOS, CONSTANTES NO ITEM 04 DESTA CONDIÇÃO GERAL, E COM OS RISCOS EXCLUÍDOS ESPECÍFICOS PRESENTES EM CADA COBERTURA.

Constarão do Contrato e da Apólice de Seguro as garantias escolhidas pelo Segurado, suas particularidades e respectivos critérios de composição dos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias descritas abaixo:

- ▲ **Morte (M);**
- ▲ **Morte Acidental (MA);**
- ▲ **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA); e**
- ▲ **Invalidez Funcional Total por Doença (IFPD).**
- ▲ **Perda de Renda (PDR)**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

ALÉM DAS INFORMAÇÕES DESCRITAS NA DEFINIÇÃO DE CADA GARANTIA, ESTÃO EXCLUÍDOS DE TODAS AS GARANTIAS DESTE SEGURO, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

a) USO DE MATERIAL NUCLEAR, PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

b) ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE A MORTE OU A INCAPACIDADE DO SEGURADO PROVIER DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA

**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO**

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

c) DOENÇAS, LESÕES OU ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, NÃO DECLARADOS NA PROPOSTA DE ADESÃO E DE CONHECIMENTO DO SEGURADO;

d) FURACÕES, TUFÕES, TORNADOS, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;

e) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETO SE A MORTE OU A INCAPACIDADE DO SEGURADO PROVIER DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE QUANDO PROFISSIONAL, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

f) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELOS SEGURADOS, PELO SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;

g) VIAGENS EM AERONAVES QUE NÃO POSSUAM, EM VIGOR, O COMPETENTE ATESTADO DE NAVEGABILIDADE; EM AERONAVE FURTADA OU DIRIGIDA POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS, DESDE QUE SEJA DE CONHECIMENTO PRÉVIO COMPROVADO DO SEGURADO;

h) DANOS E PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO;

i) SUICÍDIO COMETIDO NO PERÍODO DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA VIGÊNCIA INICIAL DO SEGURO, EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NO ARTIGO 798 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO;

j) MUTILAÇÃO VOLUNTÁRIA;

k) MORTE DO SEGURADO PROVOCADA POR EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE; E

l) PRÁTICA POR PARTE DOS SEGURADOS, DE ATOS CONTRÁRIOS À LEI, INCLUSIVE A CONDIÇÃO OU PILOTAGEM DE VEÍCULOS AUTOMOTORES TERRESTRES, AQUÁTICOS, AÉREOS E SIMILARES SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO LEGAL;

m) CHOQUE ANAFILÁTICO OU QUALQUER TIPO DE HÉRNIA, E SUAS CONSEQUÊNCIA, QUANDO NÃO PROVOCADO POR ACIDENTE COBERTO.

5. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

Para contratação do seguro, deve ser preenchida e assinada a Proposta de Contratação pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante e pelo Corretor.

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

O limite de idade será definido no Contrato.

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

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

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

A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar a respeito da proposta de Adesão, a contar da data do respectivo protocolo de recebimento, ficando a aceitação do seguro sujeita à análise do risco, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

A Seguradora poderá solicitar quaisquer outros documentos necessários para análise do

**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO**

risco, e neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e terá continuidade após a entrega do respectivo documento solicitado.

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

O valor poderá ser restituído integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do seguro.

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

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

O eventual pagamento do prêmio inicial não garante, em hipótese alguma, a aceitação automática do Seguro.

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

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 ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme estas Condições Gerais.

Caso o segurado e a instituição de crédito repactuem o prazo original do contrato, a seguradora deverá ser formalmente comunicada, sendo que:

- 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;
- II) Se houver ampliação do prazo original, a seguradora terá o prazo de 15 dias para resposta quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

EM CASO DE EXTINÇÃO ANTECIPADA DA DÍVIDA OU COMPROMISSO JUNTO À INSTITUIÇÃO DE CRÉDITO, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, DEVENDO A SEGURADORA SER FORMALMENTE COMUNICADA, SEM PREJUÍZO, SE FOR O CASO, DA DEVOUÇÃO DO PRÊMIO PAGO REFERENTE AO PERÍODO A DECORRER.

7. INCLUSÃO DE SEGURADOS

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

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

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

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

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

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

9. CARÊNCIA

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

Adotada a carência, ao Estipulante e/ou Sub-Estipulante fica assegurada a prorrogação automática da apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela Seguradora nos termos do disposto no item 19 destas Condições Gerais.

O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo Certificado Individual de Seguro.

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

10. REGIME FINANCEIRO

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

11. PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo do seguro será estipulado na Apólice, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo que o prazo de vigência individual do seguro de cada Segurado será vinculado ao período da dívida ou compromisso junto à Instituição de Crédito.

O início de vigência individual poderá ser diferente do acima desde que o critério seja estabelecido no Contrato.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

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

Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

12. RENOVAÇÃO

Ao final da vigência, o seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez e por igual período, salvo se a Seguradora ou Estipulante comunicar desinteresse na continuidade do plano,

CONDIÇÃO GERAL SEGURO PRESTAMISTA FIXO

mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência do Contrato.

Feita uma renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados, ou a redução dos seus direitos.

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

13. PROVA DO SEGURO

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

- a) Data de início e fim da vigência do seguro do Segurado;
- b) Capital(is) segurado(s) de cada garantia, relativo(s) ao Segurado.

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

14. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado deste plano será da modalidade de capital segurado fixo, ou seja, independente da evolução da obrigação, o capital segurado será constante durante toda a vigência do Seguro e limitado ao valor inicial da dívida ou compromisso.

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

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

15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

Os capitais segurados bem como os prêmios estarão sujeitos à atualização monetária anual, por ocasião do aniversário da apólice quando renovada, com base na variação do índice pactuado acumulado no período e apurada 2 (dois) meses antes do referido aniversário.

As atualizações de capitais se aplicam a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e

CONDIÇÃO GERAL SEGURO PRESTAMISTA FIXO

afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

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

O Índice pactuado é o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) para atualização, quando couber, de todos os valores contratados e de eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas.

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

16. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA

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

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

- **Periodicidade:** A reavaliação de taxa será efetuada de acordo com o período indicado no Contrato;
- **Período de Análise:** Os períodos de análise são cumulativos, ou seja, a análise do período atual deverá contemplar também as informações dos períodos anteriores, ficando limitado a uma quantidade de meses para análise indicada no Contrato.
- **Sinistralidade:** quando o índice do sinistro/prêmio for superior àquele indicado como limite no Contrato, e ainda não tiver findado a vigência da apólice, a taxa será reajustada de forma que a análise cumulativa do período anterior somada à previsão dos próximos períodos, totalizando um ano de vigência, leve a um índice de sinistralidade igual ou inferior ao índice limite estabelecido.

CONDIÇÃO GERAL SEGURO PRESTAMISTA FIXO

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

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

17. CUSTEIO DO SEGURO

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

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

18. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

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

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

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

Qualquer indenização somente passa a ser devida com a caracterização e cobertura do risco e pressupõe o recolhimento antecipado do prêmio à Seguradora, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

Caso o pagamento do prêmio seja feito fora dos prazos estipulados no Contrato, qualquer

indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o mesmo foi efetuado.

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

As parcelas, do período de cobertura já decorrido, citadas no parágrafo anterior, que estejam vencidas e não pagas serão acrescidas de juros moratórios equivalentes à 1% a.m. (um por cento ao mês), desde a data em que são devidas até a data de seu efetivo pagamento.

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

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

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

19. CANCELAMENTO

A Apólice de Seguro poderá ser cancelada e as coberturas contratadas pelo Estipulante e Segurado cessam:

- a) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes;
 - i.a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
- b) Ao fim do prazo de vigência do Seguro;
- c) Quando houver falta de pagamento da(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) do seguro;
- d) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;

e) Quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.

A Apólice de Seguro não poderá ser cancelada durante seu período de vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. TERMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

- a) Ocorrer o falecimento do Segurado;
- b) Houver cessação, por qualquer motivo, do vínculo entre o Segurado e Estipulante e/ou Sub-Estipulante, salvo nos casos em que o Segurado optar por continuar com as mesmas garantias e capitais segurados, assumindo a totalidade dos novos custos de acordo com a sua idade e características do risco individual, bem como o custo de cobrança, desde que a Seguradora opere com planos individuais compatíveis, mediante solicitação prévia e por escrito à Seguradora, e aceitação desta;
- c) O Segurado solicitar expressamente a sua exclusão da apólice.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

Constituem obrigações do Estipulante e/ou Sub-Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e a aceitação do risco, previamente estabelecidas por ela, incluindo os dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro ou acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Deverão constar dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados, explicitamente, os valores de prêmio do seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro;

i. Os pagamentos de prêmios de seguros efetuados por meio de desconto em

folha deverão ser registrados em rubrica específica pela Seguradora garantidora do risco ou, no caso de cosseguro, pela Seguradora líder;

ii. Na hipótese de o Segurado dispor de mais de um contrato de seguro de Vida com a mesma seguradora, os valores referentes a cada contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for efetuado por meio de desconto em folha;

f) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

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

g) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitido para o Segurado;

i) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro;

j) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

k) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

m) Informar o nome da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

n) Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento da cobertura, a critério da sociedade seguradora, e sujeita o Estipulante e/ou Sub-Estipulante às cominações legais;

o) Nas apólices coletivas caracterizadas pela contratação de diferentes subgrupos, o

**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO**

representante direto dos Segurados em cada subgrupo, denominado Sub-Estipulante, assume, solidariamente com o Estipulante, as responsabilidades e as obrigações provenientes deste contrato de seguro

FICA EXPRESSAMENTE VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUB-ESTIPULANTE, NOS SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS:

A) COBRAR DOS SEGURADOS TAXA DE INSCRIÇÃO OU DE INTERMEDIÇÃO, OU QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;

B) FAZER QUALQUER MODIFICAÇÃO NA APÓLICE VIGENTE OU RESCINDIR O CONTRATO, SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;

C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM A PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO;

D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES.

22. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**22.1. AVISO DE SINISTRO**

Ocorrido um evento previsto na Apólice de Seguro contratado, a Alfa Previdência e Vida S.A. deverá ser comunicada imediatamente e de forma expressa, através da Central de Atendimento da Alfa no telefone 3004-2532 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-202-2532 (demais localidades) que informará e orientará sobre a os documentos obrigatórios para avaliação do sinistro.

O Aviso de Sinistro, independentemente da documentação, deverá conter as seguintes informações:

- Razão Social e CNPJ vinculado à dívida;
- Nome do Segurado sinistrado e CPF;
- Tipo do evento (Morte Natural, Morte Acidental, Invalidez por Acidente, outros...);
- Data efetiva do sinistro (Se Morte Acidental/IPA → a data do acidente).

Em seguida, deverá ser entregue CÓPIA da documentação, conforme a descrição de cada Garantia contratada, com o formulário Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seus beneficiários.

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

22.2. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- a) A Seguradora poderá solicitar outros documentos complementares, além dos acima mencionados, para esclarecimentos que julgar necessários, em caso de dúvida fundada e justificável.
- b) As providências ou atos que a Seguradora praticar após receber o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

23. INDENIZAÇÃO

23.1. DATA DO EVENTO

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

- a) Nas garantias que cubram a morte acidental ou a invalidez permanente total por acidente: a data do acidente do segurado sinistrado;
- b) Na garantia Morte: a data do falecimento do segurado sinistrado;
- c) Na garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): a data da declaração médica determinando o início de sua invalidez em caráter definitivo;

As indenizações referentes a esse seguro serão efetuadas no Brasil e em moeda nacional.

As despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas. Os encargos de tradução ficarão a cargo da seguradora.

23.2. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

Em caso de morte decorrente de acidente, as indenizações das garantias de Morte e de Morte Acidental, desde que contratadas, se acumulam.

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

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

23.3. JUNTA MÉDICA

Divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como, a avaliação da incapacidade **relacionada ao segurado**, devem, **dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação**, ser submetido a uma junta médica que será constituída de 3 (três) profissionais **e a sociedade seguradora irá formalizar ao segurado os procedimentos e providências, por meio de correspondência escrita.**

A Junta Médica será realizada mediante a nomeação da indicação dos profissionais, na qual o segurado fará a indicação de um profissional, a sociedade seguradora indicará o segundo profissional e o terceiro profissional desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

23.4. PERÍCIA MÉDICA

O segurado autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, entrar em contato com os médicos do segurado, fazer visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. A seguradora manterá sigilo das informações obtidas, e os resultados apurados ficarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

23.5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

As indenizações, se devidas, serão pagas em parcela única no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento. Em caso de dúvida fundada e justificável, a contagem do prazo de 30 (trinta) dias poderá ser suspensa com a solicitação de nova documentação, e volta a correr após a apresentação da nova documentação, na forma prevista no item 22.2, alínea "a" desta Condição Geral.

Se a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização, os valores serão atualizados monetariamente pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor).

A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

Quando o prazo da liquidação de sinistro superar o prazo de 30 (trinta) dias, também serão devidos juros moratórios equivalentes à 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data de pagamento da respectiva indenização.

O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

23.6. PERDA DE DIREITO DA INDENIZAÇÃO

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

- a) Forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas, que tenham influenciado na obtenção ou na majoração na indenização;**
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave, não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a indenização;**
- d) Agravamento do risco, objeto do contrato, pelo Segurado, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.**

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade 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 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 proporcional 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.

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

A Seguradora, desde que o faça-nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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.

Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao Segurado, corrigida pela variação positiva do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, a partir do 1º dia útil do mês subsequente à data do evento até a data do efetivo pagamento.

24. BENEFICIÁRIOS

Em se tratando de um seguro destinado a assumir uma obrigação do Segurado perante um terceiro, **considera-se como primeiro beneficiário a empresa detentora da dívida ou do compromisso assumido pelos Segurados.**

A diferença que ultrapassar o saldo do compromisso poderá ser paga a um segundo beneficiário designado pelo Segurado, desde que assim seja convencionado no Contrato.

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

Em conformidade com o Artigo 793 do Código Civil Brasileiro "É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato".

Quando houver mais de um beneficiário, deverá ser definido, no momento da nomeação

dos mesmos, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

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

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

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

A sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

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

Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência. Fora desses casos, será beneficiária a União, na forma da legislação em vigor.

25. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

Nenhuma alteração no seguro será válida se não for feita por escrito e com a concordância das partes contratantes.

No caso de revisão das condições técnicas estabelecidas em contrato, a alteração da taxa vigorará para as novas adesões, não acarretando ônus ou dever para os segurados vigentes na apólice.

26. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

27. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do **Segurado**, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Seguro, **renunciando as partes,**

expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA DE MORTE (M)

Garante ao(s) Beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado, o pagamento de uma indenização, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

Esta garantia não prevê franquia.

O valor da indenização será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, incluindo parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado.

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 4 desta Condição Geral.

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total, obedecendo o limite estabelecido para esta garantia.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro devidamente preenchido (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que oriundo da própria instituição detentora da dívida.
- Boletim de Ocorrência Policial (ou CAT se acidente dentro da empresa);
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Laudo da Perícia Técnica do local do acidente;
- Laudo (s) do IML – Instituto Médico Legal;
- Laudo do Exame Necroscópico;

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO

- Laudo de Reconhecimento de Cadáver, caso a morte tenha ocorrido por carbonização ou, quando realizado, exame de DNA ou qualquer outro exame para reconhecimento do corpo da vítima/segurado;
- Laudo dos exames complementares do IML (alcoólico e toxicológico);
- Caso os laudos mencionados acima não tenham sido realizados, enviar declaração do órgão competente informado a não realização dos exames;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE

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

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

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

- a) Cônjuge: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) Companheiro(a): RG, CPF, Comprovante de Residência e:
 - b.1) Se Segurado solteiro:
 - Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
 - Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
 - Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
 - Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.
 - b.2) Segurado viúvo:
 - Certidão de Casamento do Segurado;
 - Certidão de Óbito do cônjuge;
 - Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
 - Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
 - Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove

**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO**

a moradia de ambos na mesma residência;

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

b.3) Segurado separado judicialmente:

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

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

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

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

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de indenização, em caso de falecimento decorrente, **exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nesta Condição Geral e Especial.**

O valor da indenização será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, incluindo parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado.

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

RISCOS EXCLUÍDOS

Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental (MA), além dos demais itens constantes no item 04 desta Condição Geral, inclusive a ocorrência de morte por causas naturais e os sinistros decorrentes de:

- a) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 01- DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS desta Condição Geral;**
- b) Intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- c) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro.**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total, obedecendo o limite estabelecido para esta garantia.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro devidamente preenchido (Documento fornecido pela Seguradora);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado sinistrado (atualizado até 03 (três) meses da data do sinistro);
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que oriundo da própria instituição detentora da

**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO**

dívida.

- Boletim de Ocorrência Policial;
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Laudo da Perícia Técnica do local do acidente;
- Laudo (s) do IML – Instituto Médico Legal;
- Laudo do Exame Necroscópico;
- Laudo de Reconhecimento de Cadáver, caso a morte tenha ocorrido por carbonização ou, quando realizado, exame de DNA ou qualquer outro exame para reconhecimento do corpo da vítima/segurado;
- Laudo dos exames complementares do IML (alcoólico e toxicológico);
- Caso os laudos mencionados acima não tenham sido realizados, enviar declaração do órgão competente informado a não realização dos exames;
- Oitivas de testemunhas e Relatório Final da Autoridade Policial;
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) dos beneficiários (Documento fornecido pela Seguradora).

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE

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

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

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

- a) Cônjuge: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) Companheiro(a): RG, CPF, Comprovante de Residência e:
 - b.1) Se Segurado solteiro:
 - Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
 - Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO

- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;

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

b.2) Segurado viúvo:

- Certidão de Casamento do Segurado;

- Certidão de Óbito do cônjuge;

- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;

- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;

- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;

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

b.3) Segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;

- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;

- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;

- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;

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

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

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

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

**CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO**

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

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

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

O valor da indenização será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, incluindo parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o Segurado Sinistrado será imediata e automaticamente cancelado, permanecendo ativos os demais segurados.

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

No caso de Invalidez Permanente por Acidente, 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 sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela.

TABELA DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

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

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		% sobre o Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE	Discriminação	
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100

Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

- a) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- b) Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total;
- c) Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitivo;
- d) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente.
- e) A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente; e
- f) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total por acidente.
- g) Se, depois de paga 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, se contratada esta cobertura.
- h) O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos desta garantia os riscos descritos conforme item 4 desta Condição Geral.

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total, obedecendo o limite estabelecido para esta garantia.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro, preenchido pelo Segurado e Declaração Médica devidamente preenchida pelo médico assistente do segurado, assinado e com reconhecimento de firma do médico (Documento fornecido pela Seguradora);
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado, até 60 dias do vencimento;
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que oriundo da própria instituição detentora da dívida.
- Boletim de Ocorrência policial;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- Caso o sinistrado/segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
 - *Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;*
 - *Cópia do RG, CPF e comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador;*
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) do segurado (Documento fornecido pela Seguradora).

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE

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

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

de Residência de seu representante legal; Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

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

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

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

b.1) Se Segurado solteiro:

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

b.2) Segurado viúvo:

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

b.3) Segurado separado judicialmente:

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

c) Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Comprovante de Residência e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do Segurado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO

assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

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

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

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total, a título de antecipação de 100% (cem por cento) da cobertura de Morte, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, e em consequência de doença que cause a perda da existência independente, **exceto se decorrente dos riscos excluídos.**

Esta garantia não prevê carência e/ou franquia.

O valor da indenização será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, incluindo parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Segurado Sinistrado será imediata e automaticamente cancelado, permanecendo ativos os demais segurados.

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

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

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

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico

favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença em que configure a necessidade de expedição do termo de curatela;

e) Doenças manifestas no sistema nervoso com 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:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

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

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

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

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

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que,

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO

avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, indicado a seguir, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por duas Tabelas.

A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia, através de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

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

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

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

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

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

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos desta garantia, além dos riscos descritos conforme item 4 desta Condição Geral, os eventos descritos abaixo, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente.

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

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

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

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente por Doença pela Seguradora, o pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total, obedecendo o limite

Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02

Processo SUSEP 15414.627141/2019-06

Página 49 de 56

estabelecido para esta garantia.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

- Formulário de Aviso de sinistro, preenchido pelo Segurado e Declaração Médica devidamente preenchida pelo médico assistente do segurado, assinado e com reconhecimento de firma do médico (Documento fornecido pela Seguradora);
- RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado, até 60 dias do vencimento;
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que oriundo da própria instituição detentora da dívida.
- Boletim de Ocorrência policial;
- Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez do Segurado;
- Exames médicos realizados e de controle da patologia (atuais);
- Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF (modelo Alfa);
- Formulário de Autorização para Crédito e de Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) do segurado (Documento fornecido pela Seguradora).

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE

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

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

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

- a) Cônjuge: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) Companheiro(a): RG, CPF, Comprovante de Residência e:
 - b.1) Se Segurado solteiro:
 - Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
 - Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO

outros), se houver;

- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.2) Segurado viúvo:

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

b.3) Segurado separado judicialmente:

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

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

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

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

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA DE PERDA DE RENDA (PDR)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor determinado no Certificado do Seguro em caso perda de renda para os Profissionais Registrados e Profissionais Autônomos ou Liberais, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, **exceto se decorrente dos riscos excluídos.**

a) Profissionais Registrados

Garante o pagamento de um valor determinado no Certificado do Seguro em caso de desemprego involuntário do **Segurado**, por vontade exclusiva de seu empregador, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado para esta garantia.

Somente terão direito à indenização os funcionários que comprovem ter tido, até a data da demissão, vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) com a mesma empresa num período mínimo de 06 meses, sem interrupção.

Na ocorrência de novo sinistro por desemprego involuntário do Segurado, desde que dentro do período de cobertura do Certificado do Seguro, será exigida nova comprovação do prazo mínimo de registro para que a indenização correspondente seja devida.

Franquia

Esta cobertura não prevê franquia.

Carência

Esta cobertura prevê período de carência de 30 (trinta) dias, contado a partir do início de vigência do seguro. Este período corresponde ao espaço de tempo durante o qual o beneficiário, mesmo com o pagamento dos prêmios, não terá direito à indenização. As demissões ocorridas durante este período não terão cobertura do seguro.

O prazo de carência previsto não poderá exceder metade do prazo de vigência do seguro.

Forma de Pagamento

Esta garantia será paga de uma só vez, destinando-se à quitação das parcelas da dívida contraída ou compromisso assumido pelo **Segurado**, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado e na forma convencionada no Certificado do Seguro.

Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos constantes no item 4 das Condições Gerais deste seguro, excluem-se ainda desta garantia:

- a) as demissões por rescisões negociadas entre o **Segurado** e o empregador, justa causa, solicitação do **Segurado** ou programas de demissão voluntária;
- b) os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado, aposentados, pensionistas ou profissionais liberais/autônomos;
- c) a extinção do contrato de trabalho por ocorrência de aposentadoria ou programas de demissão voluntária incentivados pelo Empregador do **Segurado**.

CONDIÇÃO GERAL SEGURO PRESTAMISTA FIXO

b) Profissionais Autônomos ou Liberais

Garante o pagamento do valor determinado no Certificado do Seguro em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente ou doença, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do **Segurado** exercer todas as suas atividades profissionais, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela **Seguradora**, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado para esta garantia.

A incapacidade de exercer suas atividades profissionais é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

Na ocorrência de novo sinistro por doença do **Segurado**, desde que ocorrido dentro do período de vigência no Certificado do Seguro, será exigido nova comprovação deste, respeitando o prazo de e carência para que a indenização correspondente seja devida.

Franquia

Esta cobertura não prevê franquia.

Carência

Para eventos decorrentes de Doença, existe um período de carência de 30 (trinta) dias, contado a partir do início de vigência do seguro. Este período corresponde ao espaço de tempo durante o qual o beneficiário, mesmo com o pagamento dos prêmios, não terá direito à indenização. **Não há carência para evento decorrente por acidente. O prazo de carência previsto não poderá exceder metade do prazo de vigência do seguro.**

Forma de Pagamento

Esta garantia será paga de uma só vez, destinando-se à quitação das parcelas da dívida contraída ou compromisso assumido pelo **Segurado**, limitado ao número de parcelas e limite de capital segurado contratado e na forma convencionada no Certificado do Seguro.

Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos constantes no item 4 das Condições Gerais deste seguro, excluem-se ainda desta garantia os afastamentos decorrentes de:

- a) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- b) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidente ocorrido na vigência individual do seguro;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações físicas e orgânicas, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento ocorrido na vigência individual;
- d) tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- e) tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência individual;
- f) exames físicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
- g) doenças ocupacionais e profissionais, incluindo LER (Lesões decorrentes de Esforços Repetitivos), DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho);
- h) eventos provocados intencionalmente pelo(s) beneficiário(s).

Alteração de situação profissional

Caso o segurado altere a sua situação profissional durante o prazo de vigência do seguro, este não precisará cumprir novo prazo de carência para ter direito à indenização.

Ocorrendo a alteração da situação profissional de Profissional Liberal para Profissional Registrado durante a vigência do seguro, não será necessário a comprovação mínima de 6 meses de vínculo empregatício, desde que comprovado a situação de profissional liberal anteriormente ao Registro em Carteira.

O valor da indenização para a garantia de Perda de Renda será calculado com base na apuração do saldo devedor da dívida contraída apurada na data do evento, desprezando parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência do pagamento da obrigação por parte do segurado.

DOCUMENTAÇÃO PARA AVISO DE SINISTRO

▲ Perda de Renda – Profissional Registrado

- Cópia autenticada do Termo de rescisão do contrato de trabalho assinado pelo segurado;
- Cópia autenticada da Carteira Profissional de Trabalho onde conste o último contrato de trabalho com a devida baixa do vínculo empregatício e da página seguinte à mesma, bem como a página de identificação e qualificação civil;
- Cópia do RG, CPF e Comprovante de residência nominal ao segurado;
- Contrato do compromisso ou dívida;
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida

Obs.: Caso o segurado tenha ingressado com ação judicial, no lugar do termo de rescisão substituir por Cópia do termo de conciliação prévia.

Para o caso de empregada doméstica que não possui o termo de rescisão, enviar Declaração do ex-empregador informando a causa da demissão, data de início e fim do contrato de trabalho e valores recebidos.

▲ Perda de Renda – Profissional Liberal - evento por Acidente

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, caso a vítima/Segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do primeiro atendimento médico com descrição detalhada das lesões apresentadas e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro) ou outro documento que comprove a condição de autônomo do segurado.
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.

▲ Perda de Renda – Profissional Liberal - evento por Doença

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- Laudo do primeiro atendimento médico com descrição detalhada dos diagnósticos apresentados e procedimentos realizados;

CONDIÇÃO GERAL
SEGURO PRESTAMISTA FIXO

- Declaração do hospital (ou médico) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro) ou outro documento que comprove a condição de autônomo do segurado.
- Comprovante do saldo devedor do mês da ocorrência do sinistro, a ser disponibilizado pela instituição detentora da dívida. Este documento poderá ser enviado por meio eletrônico deste que da própria instituição detentora da dívida.