

MANUAL DO SEGURADO

SEGURO HABITACIONAL USEBENS (SH/AM)

USEBENS SEGUROS S/A

CNPJ N. 09.180.505/0001-50

PROCESSO SUSEP Nº 15414.901129/2014-56

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS	5
1. APRESENTAÇÃO.....	5
2. GLOSSÁRIO/DEFINIÇÕES LEGAIS	6
3. OBJETIVO DO SEGURO.....	11
4. COBERTURAS.....	12
5. SEGURADOS	12
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO	13
7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	14
8. AVISOS, COMUNICAÇÕES E ALTERAÇÕES DE CONTRATO	15
9. ESTIPULANTE	15
10. LIMITES (LIMITES MÁXIMOS DE GARANTIA POR COBERTURA CONTRATADA)	17
11. RISCOS COBERTOS	18
12. RISCOS COBERTOS PARA COBERTURA DE MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURO	18
13. RISCOS COBERTOS PARA COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL.....	20
14. RISCOS EXCLUÍDOS.....	20
15. RISCOS EXCLUÍDOS PARA A COBERTURA DE MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURO	22
16. RISCOS EXCLUÍDOS PARA A COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL.....	22
17. PAGAMENTO DO PRÊMIO	25
18. AVERBAÇÕES E CONTAS MENSAS	27
19. TIPO DE APÓLICE E FORMA DE CONTRATAÇÃO	27
20. AVISO DE SINISTRO	27
21. PROVAS E DOCUMENTOS DO SINISTRO	28
22. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	28
23. LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DO SINISTRO	30
24. LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DE SINISTRO – MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE.....	31
25. LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DO SINISTRO – DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL.....	33
26. PREJUÍZOS INDENIZÁVEIS.....	34
27. SALVADOS.....	34
28. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES.....	35
29. PERDAS DE DIREITOS	35
30. REAJUSTE AUTOMÁTICO DE VALORES - DFI.....	36
31. INSPEÇÃO	36

32.	SUB-ROGAÇÃO.....	37
33.	CESSÃO DE DIREITOS.....	37
34.	CANCELAMENTO/RESCISÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	37
35.	ACEITAÇÃO E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	38
36.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.....	38
37.	CANCELAMENTO E MODIFICAÇÃO DA APÓLICE	39
38.	DIREITO DE CONTROLE	39
39.	CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO PRÊMIO	39
40.	BENEFICIÁRIOS.....	40
41.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	40
42.	PRESCRIÇÃO.....	40
43.	FORO	40
44.	INFORMAÇÕES GERAIS	40
	CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	41
	DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR PERDA DE EMPREGO	41
1.	OBJETIVO DO SEGURO.....	41
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	41
3.	CAPITAL SEGURADO	42
4.	PRÊMIO	42
5.	CARÊNCIA.....	42
6.	CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	42
7.	DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTROS.....	42
8.	REINTEGRAÇÃO	43
9.	DISPOSIÇÃO FINAL.....	43
	DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE	44
1.	OBJETIVO DO SEGURO.....	44
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	44
3.	CAPITAL SEGURADO	45
4.	PRÊMIO	45
5.	CARÊNCIA.....	45
6.	PERÍCIA MÉDICA.....	45
7.	JUNTA MÉDICA.....	46
8.	CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	46
9.	REINTEGRAÇÃO	46
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	46

11. DISPOSIÇÃO FINAL	47
DA COBERTURA ADICIONAL DE CONTEÚDO	48
1. OBJETIVO DO SEGURO	48
2. RISCOS EXCLUÍDOS	48
3. CAPITAL SEGURADO	48
4. PRÊMIO	48
5. CARÊNCIA	48
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	48
7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTROS	49
8. REINTEGRAÇÃO	49
9. DISPOSIÇÃO FINAL	49

CONDIÇÕES GERAIS

1. APRESENTAÇÃO

Prezado Segurado,

Parabéns pela contratação do produto Seguro Habitacional Usebens (SH/AM) – Ramo Seguro Habitacional em Apólice de Mercado – SH/AM, desenvolvido com a preocupação de melhor atendê-lo.

Este clausulado tem por objetivo fornecer a você, Segurado, todas as informações necessárias sobre as condições deste Seguro. Além disso, possui orientação completa sobre como proceder em caso de sinistro.

Leia-o, atentamente, para que possa usufruir de todas as vantagens ofertadas. Lembre-se que conhecer seu Seguro irá lhe poupar tempo em caso de emergência.

Caso mesmo assim ainda fique com alguma dúvida sobre este produto, teremos muita satisfação em esclarecê-la através do nosso “*call center*”, do seu Corretor de Seguros ou Estipulante.

Nessa hipótese, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Consumidor Usebens, através do 0800 727 8525 ou com o Departamento de Ouvidoria, através do 0800200 4400. As conversas telefônicas poderão ser gravadas.

Por conta da presente contratação, o Segurado toma ciência e aceita todas as cláusulas limitativas e restritivas de direitos que constam deste manual, sem exceção.

Ao assinar a proposta de contratação, o Segurado automática e inequivocamente, declara o recebimento das presentes condições contratuais.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da Sociedade Seguradora através do site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

2. GLOSSÁRIO/DEFINIÇÕES LEGAIS

ACEITAÇÃO DO RISCO: Ato pelo qual a Seguradora aceita o Seguro que lhe foi proposto.

ACIDENTE: acontecimento súbito, com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, involuntário e violento, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, danifique bem coberto, daí decorrente a necessidade de reparo ou de reposição deste.

ACIDENTE PESSOAL: 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 outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do Segurado.

AGRAVAÇÃO DO RISCO: Ato do Segurado em tornar o risco mais grave do que originalmente se apresenta no momento da contratação do Seguro, podendo por isso perder o direito do mesmo.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: Termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou da apólice; extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de Cobertura.

APÓLICE: Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da Seguradora, do Estipulante e do Segurado.

ATIVIDADE LABORATIVA PRINCIPAL: Aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

ATO ILÍCITO: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

AVISO DE SINISTRO: Obrigação do Segurado, visando acautelar seus interesses, de comunicar a ocorrência de sinistro garantido pela apólice, à Seguradora, para que esta inicie seu processo de regulação.

BENEFICIÁRIO: Quem recebe a indenização, em caso de sinistro.

CANCELAMENTO DA APÓLICE: Dissolução antecipada do contrato de seguro

CARÊNCIA: Período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual, em caso de sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do Proponente integrante do grupo segurável.

COBERTURAS: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da

contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: é composto pelas Condições Gerais, Condições Especiais e Particulares de um mesmo plano de seguro, submetidas à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) previamente à sua comercialização.

CONDIÇÕES GERAIS: Cláusulas comuns a todas as coberturas garantidas pela apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos de todas as partes contratantes.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto das disposições específicas relativas a cada cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONDIÇÕES PARTICULARES: conjunto de cláusulas que prevalecem em relação às Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro.

CONTEÚDO: Móveis, objetos, utensílios, instalações, roupas de cama, mesa e banho e de uso do Segurado e familiares, existentes no imóvel residencial segurado, ressalvado os bens de propriedade de terceiros.

CORRETOR DE SEGUROS: Profissional legalmente habilitado e autorizado a angariar seguros e representar o Segurado nos Contratos de Seguros.

CULPA GRAVE: Termo utilizado para expressar forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágica, não houve, por parte do agente, a intenção clara de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da sua realização.

DANO: Alteração, para menor, do valor econômico dos bens ou da expectativa de ganho de uma pessoa ou empresa, ou violação de seus direitos, ou, ainda, no caso de pessoas físicas, lesão ao seu corpo ou à sua mente.

DANO CORPORAL: Toda lesão exclusivamente física causada a pessoa. Danos classificáveis como mentais ou psicológicos, não oriundos de danos corporais, não estão abrangidos por esta definição.

DANO MORAL: Lesão, praticada por outra pessoa, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, constrangimento, desconforto, etc., independentemente da ocorrência simultânea de danos materiais ou corporais. Para as pessoas jurídicas, é a perda financeira indireta, não contabilizável, decorrente de ofensa a seu nome ou a sua imagem, independente da ocorrência simultânea de outros danos.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE: É o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações,

inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua inteira responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

DEPRECIAÇÃO: É a redução do valor de um bem, móvel ou imóvel, segundo critérios matemáticos e financeiros, considerando, dentre outros, a idade e as condições de uso, funcionamento e operação.

DESMORONAMENTO PARCIAL: Destruição ou desabamento de paredes, vigas ou outro elemento estrutural do imóvel.

DESMORONAMENTO TOTAL: Desabamento do imóvel que o destrua totalmente ou, mesmo havendo partes remanescentes, estas não tenham qualquer valor comercial.

DESTELHAMENTO: Retirada das telhas de forma violenta e acidental.

DFI: Cobertura Básica de Danos Físicos ao Imóvel.

DOLO: É uma falta intencional para ilidir uma obrigação. Má-fé. Vontade livre e consciente por meio da qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

ENCARGO MENSAL: Mensalidade devida pelo Segurado ao Estipulante, destinada a amortizar a dívida contraída para a compra ou construção do imóvel objeto do seguro (engloba a prestação, propriamente dita, composta dos juros e da amortização, mais o prêmio de seguro e taxas devidas ao Estipulante).

ENDOSSO: Documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o Segurado acordam quanto à alteração de dados que modificam as condições ou o objeto do seguro.

ESCALADA: Considera-se escalada a entrada no local por via anormal, predominando a opinião de que tal entrada requer emprego de meio instrumental (ex: escada) ou esforço incomum.

ESTELIONATO: Conforme artigo 171 do Código Penal, caracteriza-se pela obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.

ESTIPULANTE: Pessoa jurídica legalmente constituída que contrata este seguro e representa os Segurados perante a Seguradora, assumindo responsabilidades e obrigações, nos termos destas Condições Gerais e da legislação aplicável.

EVENTO: É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento possível de ser garantido pela apólice de seguro contratada.

EXPLOSÃO: É o resultado de uma reação físico-química, na qual a velocidade extremamente alta

é acompanhada por brusca elevação de pressão, devido ao fato de a energia liberada pela reação em cadeia ser feita num intervalo de tempo muito curto para ser dissipada na medida de sua produção.

EXTRAVIO: Desaparecimento de objetos em conseqüência de causas não apuradas ou desconhecidas.

FINANCIADOR: Qualquer entidade, pública ou privada, que conceda financiamento habitacional para a construção ou a aquisição de imóvel em geral.

FUMAÇA: A fumaça proveniente de um desarranjo imprevisível, repentino e extraordinário no funcionamento de qualquer aparelho que seja parte integrante da instalação de calefação aquecimento ou cozinha existente no imóvel, objeto deste seguro, e somente quando tal aparelho se encontre conectado a uma chaminé por um cano condutor de fumo, excluída fumaça proveniente de fornos ou aparelhos industriais.

FURTO: Nos termos do artigo 155 do Código Penal, caracteriza-se pela subtração de bem, para si ou para outrem, de coisa alheia móvel.

FURTO QUALIFICADO: Configura-se pela subtração de bem: (a) com destruição ou rompimento de obstáculo para a subtração da coisa; (b) com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza; (c) mediante o emprego de chave falsa; e (d) mediante concurso de duas ou mais pessoas. Desde que, em qualquer hipótese, haja vestígios materiais inequívocos ou seja constatado por inquérito policial conclusivo.

GRUPO SEGURADO: A totalidade dos Segurados que integram a cobertura ou coberturas de uma apólice de seguro coletiva.

INDENIZAÇÃO: Termo que define a contraprestação da Seguradora, isto é, o valor que deverá pagar ao Segurado no caso da efetivação do risco coberto previsto e contratado nesta apólice.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

INSPEÇÃO DO RISCO: É o exame do objeto que se propõe segurar, visando o perfeito enquadramento tarifário, bem como atenuar e prevenir os efeitos dos riscos cobertos sobre os bens segurados.

LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI): Valor máximo de responsabilidade assumida pela Seguradora para cada cobertura contratada, não implicando, entretanto, em reconhecimento por parte da Seguradora como prévia determinação do valor real dos bens segurados.

MIP: Cobertura Básica de Morte e Invalidez Permanente.

OBJETO DO SEGURO: Designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas,

pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos ou garantias.

PREJUÍZO: Dano material, ou prejuízo financeiro, ou redução (eliminação) de disponibilidades financeiras.

PRÊMIO: Valor pago pelo Segurado à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade por um determinado risco.

PRESCRIÇÃO: Tempo permitido para que o prejudicado possa fazer reclamações, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.

PRIMEIRO RISCO ABSOLUTO: Termo utilizado para definir forma de contratação de cobertura em que a Seguradora responde integralmente pelos prejuízos, até o montante do Limite Máxima de Garantia (LMG), não se aplicando, em qualquer hipótese, cláusula de rateio.

PROPONENTE INDIVIDUAL: É a pessoa que propõe sua adesão ao contrato de seguro, e que passará à condição de Segurado somente após aceitação da Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

PROPOSTA DE ADESÃO: Documento preenchido pelo proponente individual nos seguros de adesão facultativa, contendo declaração pessoal de saúde e atividade, e servindo para análise da Seguradora previamente à aceitação do risco.

PRO RATA TEMPORIS: Referência a um tipo de cálculo cujos resultados são proporcionais ao tempo decorrido. Nos contratos de seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Todo o procedimento técnico-administrativo promovido pela Seguradora que se inicia com o aviso de sinistro e que tem o objetivo constatar o evento reclamado, apurar a cobertura em relação à apólice contratada, avaliar a extensão do prejuízo decorrente e que se conclui com a definição acerca do pagamento ou não da indenização.

REINTEGRAÇÃO: Recomposição do valor reduzido do Limite Máximo Indenizável relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após ter sido efetuado o pagamento de alguma indenização ao Segurado.

RISCO: evento concreto com ocorrência ou de data incerta, que independe da vontade das partes, contra o qual é feito o seguro.

ROUBO: Subtração de coisa móvel alheia, para si ou para outra pessoa, cometida mediante grave ameaça ou emprego de violência contra a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência, quer pela ação física, quer pela aplicação de narcóticos, ou assalto à mão armada.

SALVADO: corresponde aos bens resgatados de um sinistro e que ainda possuem valor

comercial.

SEGURADO: Pessoa física ou jurídica que assine com o financiador o contrato de financiamento habitacional para a construção ou aquisição de imóvel; ou o próprio financiador, exclusivamente para a cobertura de DFI, no caso de imóvel adjudicado face execução da dívida por inadimplência do financiado e nos casos em que apenas esteja promovendo a construção.

SEGURADORA: É a USEBENS SEGUROS S/A., Empresa autorizada pela Susep a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

SINISTRO: Ocorrência de um evento danoso, afetando um Segurado previsto e coberto pelo contrato de seguro. É a concretização de um risco coberto. Caso não esteja coberto pelo contrato de seguro, é denominado risco excluído, sinistro não coberto ou evento não coberto.

SUBESTIPULANTE: Pessoa Jurídica que, mantendo vínculo contratual com o Estipulante, adere a este contrato de seguro como representante de um subgrupo de segurados e assume, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.

SUB-ROGAÇÃO: direito que a lei confere à Seguradora, quando do pagamento da indenização, de assumir os direitos do beneficiário contra terceiros responsáveis pelo prejuízo.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados – Autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

VÍCIO PRÓPRIO/INTRÍNSECO: É o que decorre da própria natureza da coisa, ou resulta da qualidade que lhe é inerente, também chamado vício intrínseco. Entende-se por vício intrínseco o defeito próprio da coisa que se não encontra normalmente em outras da mesma espécie.

VISTORIA DE SINISTRO: Avaliação, por pessoa autorizada pela seguradora, do estado do bem segurado, após a ocorrência de um sinistro, com vistas a qualificar e quantificar os danos ou prejuízos sofridos pelo segurado.

VIGÊNCIA DO SEGURO: É o período fixado para a validade do contrato de seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O presente seguro tem por objeto garantir, mediante o recebimento do prêmio, até o Limite Máximo da Garantia expressamente convencionado na apólice/certificado, a quitação de dívida do Segurado, correspondente ao saldo devedor vincendo na data do sinistro, relativa a financiamento habitacional para aquisição ou construção de imóvel e/ou a reposição do imóvel, na ocorrência de sinistro coberto, observada as Condições Contratuais, respeitado os riscos expressamente excluídos do contrato.

4. COBERTURAS

- 4.1. Consideram-se garantidas as coberturas definidas na apólice/certificado, relacionadas unicamente às operações de financiamento habitacional vinculadas aos planos do Estipulante.
- 4.2. As Coberturas dividem-se em: Coberturas Básicas e Coberturas Adicionais.
- 4.3. Consideram-se coberturas básicas:
- 4.3.1. Cobertura Básica de Danos Físicos ao Imóvel (DFI);
 - 4.3.2. Cobertura Básica de Morte ou Invalidez Permanente (MIP).
- 4.4. Consideram-se coberturas adicionais:
- 4.4.1. Cobertura Adicional de Renda por Perda de Emprego;
 - 4.4.2. Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente;
 - 4.4.3. Cobertura Adicional de Conteúdo.
- 4.5. É facultada a contratação de apenas uma Cobertura Básica. Para a contratação de uma ou mais Coberturas Adicionais, é obrigatória a contratação de uma das Coberturas Básicas, observando-se que:
- 4.5.1. As coberturas adicionais de Renda por Perda de Emprego e/ou de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente só podem ser contratadas em conjunto com a básica de MIP;
 - 4.5.2. A cobertura adicional de Conteúdo só pode ser contratada em conjunto com a básica de DFI.
- 4.6. A contratação do seguro será feita mediante emissão de uma única apólice, englobando obrigatoriamente as coberturas de MIP e/ou DFI, de acordo com a operação de financiamento habitacional contratada e, facultativamente, coberturas adicionais.

5. SEGURADOS

- 5.1. São as pessoas físicas ou jurídicas que assinem com o financiador o contrato de financiamento habitacional para a construção ou aquisição de imóvel, na qualidade de adquirente ou promitente comprador; ou o próprio financiador, exclusivamente para a cobertura de DFI, no caso de imóvel adjudicado face execução da dívida por inadimplência do financiado e nos casos em que apenas estejam promovendo a construção.
- 5.1.1. Podem ser admitidos como Segurados as pessoas físicas aceitas pela Seguradora, desde que vinculadas aos financiamentos habitacionais contratados com o Estipulante, **e cuja soma da idade, em anos completos, somado ao prazo da operação contratada junto ao Estipulante (e eventuais renegociações), não ultrapasse os 80 (oitenta) anos e 6 (seis) meses de idade**, obedecidas as normas de subscrição da Seguradora.
 - 5.1.2. Para Segurados Pessoas Jurídicas, as indenizações serão devidas ao sócio

majoritário ou ao maior acionista a nível de pessoa física, atendendo-se aos critérios estabelecidos no item 5.1.1.

5.2. No caso de imóvel adquirido através de composição de renda entre duas ou mais pessoas, a Cobertura Básica de MIP será rateada na proporção em que cada pessoa participa desta composição.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. O prazo da Seguradora para analisar o risco e decidir sobre a aceitação da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, que deverá ser preenchida e assinada pelo proponente, e recebida sob protocolo ou por meio eletrônico, seja no caso de seguros novos, seja no caso de renovações, é de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do seu recebimento na Seguradora.

6.2. A contratação do seguro se formalizará após a aceitação do risco pela Seguradora, que será avaliado por meio do preenchimento da proposta de adesão e declaração pessoal de saúde e atividade pelo proponente. A Seguradora tem o prazo de até 15 (quinze) dias, contados a partir do protocolo da proposta de adesão na Seguradora, para decidir sobre a aceitação ou recusa do risco. No caso de recusa, será comunicado ao proponente, por escrito, com a devida justificativa.

6.3. Na Proposta de Adesão e na Declaração Pessoal de Saúde deverão ser prestadas pelo proponente todas as informações de qualquer modo relacionadas ao risco e que permita à Seguradora avaliar as condições para aceitação ou recusa da inclusão do proponente no âmbito da apólice contratada, ficando expressamente declarado pelas partes que quaisquer omissões ou declarações inverídicas poderão determinar à recusa da Proposta de Adesão ou a perda do direito à garantia, além da obrigação quanto ao pagamento do prêmio vencido, consoante o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

6.4. O prazo previsto no item 6.1 será suspenso quando a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a tomada de decisão, a partir do momento em que ela formalmente solicitar do Proponente, por intermédio do Estipulante, a apresentação de novos documentos ou informações.

6.4.1. Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.1.

6.4.2. Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares, poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 6.1, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

6.4.3. Para os casos previstos nos itens 6.4.1 e 6.4.2 a contagem do prazo de 15 (quinze) dias, uma vez suspenso, voltará a correr a partir da data em que se verificar a entrega de toda a documentação complementar à Seguradora.

6.5. **Exclusivamente para a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), havendo**

adiantamento do valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio de seguro, em caso de recusa da Proposta de Adesão do contrato dentro do prazo previsto no item 6.1, a cobertura do seguro prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o proponente tiver conhecimento formal da recusa, com a devida justificativa.

6.6. No caso de recusa da Proposta de Adesão do contrato, onde já tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, do valor pago, será deduzido o prêmio correspondente na base “pró-rata-temporis” ao período em que prevaleceu a cobertura, e a diferença restituída ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados após a formalização da recusa.

6.7. O prêmio a que se refere o item 6.6 será atualizado monetariamente pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurado entre o último índice publicado antes da formalização da recusa e aquele publicado na data imediatamente anterior à data da efetiva devolução do prêmio.

6.8. Na hipótese de extinção do índice pactuado no item 6.7, deverá ser utilizado o índice que vier a ser determinado pela legislação em vigor.

6.9. Além da atualização monetária, prevista no item 6.7, ocorrerá a aplicação de juros moratórios de 0,25% ao mês, calculados “pró-rata-temporis”, contados a partir do primeiro dia útil após o término do prazo fixado para a devolução do prêmio sobre o valor a ser restituído ao Segurado.

6.10. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto no item 4.1, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão.

6.11. A emissão do Certificado Individual será feita em até 15 (quinze) dias corridos contados da data da aceitação da respectiva Proposta de Adesão.

6.12. Na hipótese de transferência de apólices entre Seguradoras, é vedado à Seguradora que assumir os riscos exigir nova DPS dos Segurados abrangidos pelo contrato anterior.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

7.1. O Certificado Individual terá início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) da data estipulada na proposta, respeitado o prazo estabelecido no contrato de financiamento habitacional, firmado entre o Segurado e o Estipulante, respeitada a data do término da vigência da Apólice.

7.1.1. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem o pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura se dará a partir da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

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

7.2. Para os contratos de financiamento habitacionais assinados em data anterior ao

início da vigência da Apólice, e desde que tenha sido aceita a inclusão da operação, a responsabilidade da Seguradora terá início após a aceitação da proposta, observado o disposto na Cláusula 6 – Aceitação do Segurado, destas Condições Gerais.

7.3. Caso o segurado e o Estipulante repactuem o prazo original do contrato de, **deverá ser observado que:**

7.3.1. se houver redução do prazo original, permanecerá a garantia do seguro até o término do novo prazo, com devolução do prêmio correspondente ao período remanescente, se for o caso;

7.3.2. se houver ampliação do prazo original, a Seguradora deverá ser consultada, por escrito, quanto ao interesse na manutenção do seguro, mediante nova proposta.

7.4. Respeitado o disposto no item 7.3, a responsabilidade da Seguradora finda ao término do prazo de vigência do seguro, ou quando da extinção da dívida, o que ocorrer primeiro.

7.4.1. No caso de retomada do imóvel, de adjudicação ou de arrematação por parte do Estipulante, devido à inadimplência contratual do Segurado, a vigência do seguro se dará até o momento em que o imóvel não se constituir mais garantia do Estipulante.

8. AVISOS, COMUNICAÇÕES E ALTERAÇÕES DE CONTRATO

8.1. **O contrato somente poderá ser alterado mediante proposta escrita assinada pelo proponente, seu legítimo representante legal ou por corretor de seguros habilitado. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco e deverá ser encaminhada à Seguradora por intermédio do Estipulante. Caberá à Seguradora fornecer protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.**

8.2. **O prazo da Seguradora para analisar e decidir sobre a proposta de alteração, e, emissão o documento de alteração do contrato, será o mesmo previsto na Cláusula 6 – Aceitação do Seguro, destas Condições Gerais.**

9. ESTIPULANTE

9.1. **O Estipulante da apólice é a pessoa jurídica que presta o financiamento habitacional, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.**

9.2. **Fica entendido e acordado que o presente seguro poderá ser estipulado conforme prevê a Resolução nº 107/2004 do Conselho Nacional de Seguros Privados, cobrindo a responsabilidade civil do segurado caracterizado na forma da cláusula 2 destas condições.**

9.3. **São obrigações do Estipulante:**

I Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos

segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III fornecer ao segurado, sempre que solicitado qualquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução nº 107/2004 do CNSP, quando este for de sua responsabilidade;

V repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

VI repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VII 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, emitidos para o Segurado;

VIII comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

IX dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

X comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

XI fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

XII informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

§ 1º. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da sociedade seguradora, e sujeita o estipulante ou sub-estipulante às cominações legais.

§ 2º. Deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a sociedade seguradora e o estipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos deste artigo.

9.4. É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante, nos seguros contributários:

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

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

III efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade

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

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

9.5. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, é obrigatório constar, do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

9.6. A Seguradora é obrigada:

I incluir no contrato de seguro todas as obrigações do estipulante, especialmente as previstas na Resolução CNSP nº 107/2004; e

II informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe solicitado.

9.7. Qualquer modificação em apólice vigente que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

10. LIMITES (LIMITES MÁXIMOS DE GARANTIA POR COBERTURA CONTRATADA)

10.1. Os limites previstos para este seguro estão definidos para Danos Físicos ao Imóvel (DFI) e Morte e Invalidez Permanente (MIP) na apólice/certificado, respeitado o contrato de financiamento habitacional firmado entre Estipulante e Segurado.

10.2. O limite máximo de garantia correspondente à cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MIP) consistirá, a cada mês, no valor do saldo devedor do financiamento habitacional do imóvel, consideradas pagas todas as prestações vencidas.

10.3. O limite máximo de garantia correspondente a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) consistirá, a qualquer tempo, do valor da avaliação inicial do imóvel, que serviu de base para a operação de financiamento habitacional, devidamente atualizado, com base no índice convencionado na apólice/certificado.

10.3.1. O índice convencionado no contrato de seguro deverá ser igual ao estabelecido no contrato de financiamento habitacional.

10.3.2. No caso de contrato de financiamento habitacional sem previsão de cláusula de atualização, o valor de avaliação inicial do imóvel será atualizado com base no índice e periodicidade definidos na apólice/certificado.

10.4. O Segurado poderá, através de solicitação de endosso, propor a alteração do limite da garantia contratualmente previsto, ficando a critério da Seguradora a aceitação ou recusa da proposta de alteração, observado o disposto na Cláusula 6 – Avisos, Comunicações e Alterações de Contrato, destas Condições Gerais.

11. RISCOS COBERTOS

11.1. Para fins deste seguro, consideram-se Riscos Cobertos aqueles especificados na apólice/certificados, definidos e particularizados nas condições contratuais, desde que não se enquadrem em nenhuma das hipóteses de exclusão de cobertura ou perda de direitos previstos nas disposições da apólice.

12. RISCOS COBERTOS PARA COBERTURA DE MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURADO

12.1. **Cobertura de Morte Natural ou por Acidente do Segurado:** É a garantia do pagamento do saldo devedor, ao beneficiário do seguro, limitado ao capital segurado contratado, no caso de morte natural ou acidental do Segurado, observadas as condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

12.1.1. **Considera-se como Morte Natural a decorrente de causas naturais, não acidentais, desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

12.1.2. **Considera-se como Morte Acidental a decorrente de Acidente Pessoal coberto, desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

12.2. **Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença ou Acidente:** É a garantia do pagamento do saldo devedor apurado na data da ocorrência do sinistro, limitado ao capital segurado contratado, em caso de caracterização de incapacidade total e definitiva do segurado, para o exercício da ocupação principal, consequente de doença ou acidente, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e observados o estabelecido nas Condições Contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

12.2.1. A invalidez permanente será avaliada com base na impossibilidade do Segurado ao exercício da sua atividade laborativa principal.

12.2.1.1. Considera-se atividade laboral principal aquela através do qual o segurado obteve maior renda, dentro do exercício anual imediatamente anterior, contado da data da ocorrência do sinistro.

12.2.1.2. **Nos casos em que o Segurado não exercer qualquer atividade laborativa considerar-se-á coberto, além do risco de morte, o risco de invalidez permanente causada por acidente pessoal ou doença, que determine a incapacidade total e permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laborativa.**

12.2.1.3. **Nos casos em que o Segurado se encontrar em gozo de benefício previdenciário de invalidez, somente poderá ser contratado a cobertura para o risco de morte.**

12.2.2. A invalidez permanente do Segurado poderá ser comprovada, a exclusivo critério da Seguradora, por meio de perícia médica no Segurado, às expensas da Seguradora.

12.2.3. Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente aquela que, após conclusão do tratamento, não pode se esperar recuperação ou reabilitação com os

recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda do uso de um membro ou órgão relacionado abaixo:

- a) Visão de ambos os olhos;
- b) Ambos os membros superiores;
- c) Ambos os membros inferiores;
- d) Ambas as mãos;
- e) Ambos os pés;
- f) Alienação mental, total e incurável, devendo ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

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

12.2.5. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão constante da relação do item 12.2.3, a indenização não poderá exceder ao capital segurado contratado.

12.2.5.1. A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

12.2.5.2. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente total por acidente.

12.2.6. A invalidez permanente será caracterizada quando da alta médica definitiva.

12.2.7. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

12.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação do sinistro:

- a) **Para o Evento Morte:** a data do falecimento;
- b) **Para o Evento Invalidez Permanente Total por Acidente:** a data do acidente;
- c) **Para o Evento Invalidez Permanente Total por Doença:** a data informada na declaração médica.

12.4. As indenizações pelas coberturas de Morte ou Invalidez Permanente (MIP) não se acumulam.

12.5. Não haverá cobertura para os riscos de Morte ou Invalidez Permanente (MIP) decorrentes e/ou relacionados à doença manifesta em data anterior à assinatura do contrato de financiamento habitacional, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de seguro e/ou declaração pessoal de saúde, bem como decorrentes de eventos comprovadamente resultantes de acidente pessoal, ocorrido em data anterior à da assinatura do referido contrato.

12.6. Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da

apólice, com a conseqüente devolução de valores referente ao(s) prêmio(s) do seguro eventualmente pago(s) após essa data, devidamente atualizado(s) monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 24 – Liquidação e Indenização do Sinistro, das Condições Gerais.

13. RISCOS COBERTOS PARA COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL

13.1. A cobertura dos riscos da apólice compreende os prejuízos sofridos pelo imóvel segurado por danos materiais diretamente resultantes de:

- a) Incêndio;
- b) Explosão de qualquer natureza e origem;
- c) Queda de raio: desde que dentro do terreno ocupado pelo imóvel segurado e que haja vestígios inequívocos que caracterizem o local de impacto e o curso da descarga elétrica;
- d) Vendaval;
- e) Desmoronamento, seja ele:
 - i. Total; ou
 - ii. Parcial, assim entendido quando somente houver desmoronamento de parede ou de qualquer elemento estrutural (coluna, viga, laje de piso ou de teto), não sendo considerado o simples desabamento de revestimentos, marquises, beirais, acabamentos, efeitos arquitetônicos, telhas e similares; ou
 - iii. Ameaça de desmoronamento, desde que, caracterizada como risco iminente, por meio de notificação da Defesa Civil, ou na falta desta, do órgão ou autoridade competente do município do imóvel objeto deste seguro;
- f) Inundação - a resultante de aumento de volume de águas de rios e canais.
- g) Alagamento, causado por:
 - i. entrada de água no imóvel, proveniente de aguaceiro, tromba d'água ou chuva, seja ou não conseqüente da obstrução ou insuficiência de esgotos, galerias pluviais, desaguadouros e similares;
 - ii. enchentes;
 - iii. água proveniente de ruptura de encanamentos, canalizações, adutoras e reservatórios, desde que não pertençam ao próprio imóvel segurado, nem ao edifício ou conjunto do qual seja o imóvel parte integrante.
- h) Destelhamento - o causado por ventos ou granizo.

14. RISCOS EXCLUÍDOS

14.1. **Este seguro não garante, em qualquer hipótese, os riscos, prejuízos ou gastos que se verificarem em decorrência, direta ou indireta, de:**

- a) **Atos de hostilidade ou de guerra, rebelião, insurreição, revolução, motim, confisco, nacionalização, destruição ou requisição decorrentes de qualquer ato de autoridade de fato ou de direito, civil ou militar, e, em geral, todo ou qualquer**

ato ou conseqüência dessas ocorrências, bem como atos praticados por qualquer organização cujas atividades visem a derrubar pela força o governo ou instigar a sua queda, pela perturbação de ordem política e social do país, por meio de guerra revolucionária, subversão e guerrilhas, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

b) Atos terroristas, cabendo à Seguradora, neste caso, comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

c) Qualquer perda ou destruição ou dano de quaisquer bens materiais ou qualquer prejuízo ou despesa emergente, ou qualquer dano conseqüente de qualquer responsabilidade legal de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por, resultantes de ou para os quais tenham contribuído fissão nuclear, radiações ionizantes, contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, resíduos nucleares, ou materiais de armas nucleares;

d) Qualquer prejuízo, dano, destruição, perda e/ou reclamação de responsabilidade, de qualquer espécie, natureza ou interesse, desde que devidamente comprovado pela Seguradora, que possa ser, direta ou indiretamente, originado de, ou consistirem em falha ou mau funcionamento, de qualquer equipamento e/ou programa de computador e/ou sistema de computação eletrônica de dados em reconhecer e/ ou corretamente interpretar e/ou processar e/ou distinguir e/ou salvar qualquer data como a real e correta data de calendário, ainda que continue a funcionar corretamente após aquela data; qualquer ato, falha, inadequação, incapacidade, inabilidade ou decisão do Segurado ou de terceiro, relacionado com a não utilização ou não disponibilidade de qualquer propriedade ou equipamento de qualquer tipo, espécie ou qualidade, em virtude do risco de reconhecimento, interpretação ou processamento de datas de calendário. Para todos os efeitos, entende-se como equipamento ou programa de computador os circuitos eletrônicos, micro chips, circuitos integrados, microprocessadores, sistemas embutidos, hardwares (equipamentos computadorizados), softwares (programas residentes em equipamentos computadorizados), programas, computadores, equipamentos de processamento de dados, sistemas ou equipamentos de telecomunicações ou qualquer outro equipamento similar, sejam eles de propriedade do Segurado ou não;

e) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo, praticados pelo estipulante, segurado, pelos beneficiários ou representante legal de qualquer das partes. No caso de pessoa jurídica, incluem-se os atos praticados por seus sócios, controladores, dirigentes e administradores, bem como seus respectivos representantes.

15. RISCOS EXCLUÍDOS PARA A COBERTURA DE MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURADO

15.1. Em complemento à Cláusula 14 – Riscos Excluídos, este seguro não responde pelos eventos que se verificarem em consequência:

- a) Lesões ou doenças preexistentes à contratação do seguro, que sejam de conhecimento do Segurado ou que o obriguem a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento de forma continuada ou tratamento em regime hospitalar em período cujos efeitos persistam até a data de contratação do seguro e que não tenham sido declaradas na proposta de adesão;
- b) Da tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências, ocorridos antes de completados dois anos ininterruptos do início da respectiva cobertura individual de cada Segurado, ou da sua recondução depois de suspenso;
- c) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- d) Doenças causadas intencionalmente pelo próprio Segurado;
- e) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- f) Intervenções médicas ou de tratamentos com drogas ou materiais experimentais, qualquer que seja a fase de desenvolvimento destes;
- g) Acidentes ocorridos em consequência:
 - i. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - ii. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de um acidente pessoal;
 - iii. Parto ou aborto e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de um acidente pessoal;
 - iv. Choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de um acidente pessoal;
- h) Condução de veículo sem a adequada habilitação;
- i) Descumprimento da legislação vigente;
- j) Danos morais, ainda que decorrentes de sinistro coberto.

15.2. É vedada a exclusão de morte ou incapacidade do Segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

16. RISCOS EXCLUÍDOS PARA A COBERTURA DE DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL

16.1. Em complemento à Cláusula 14 – Riscos Excluídos, não responderão pelos prejuízos que se verificarem em decorrência, direta ou indireta, de:

- a) Os prejuízos decorrentes de má utilização, falta de conservação e desgaste pelo uso do imóvel;
- b) Os prejuízos decorrentes de vício intrínseco, quer declarado ou não pelo Segurado ou Estipulante, entendido como o defeito próprio da coisa segurada que se não encontra normalmente em outras da mesma espécie, conforme definição do art. 784 do Código Civil, bem como, vício ou defeito de construção, de responsabilidade do construtor do imóvel, ocorrido durante ou após o período a que se refere o artigo 618 do Código Civil;
- c) Os prejuízos decorrentes de erros de projeto ou de infração às normas pertinentes à matéria;
- d) Atos de autoridade pública, salvo para evitar propagação de danos cobertos por este contrato de seguro;
- e) Desapropriação permanente ou temporária decorrente de confisco, nacionalização, intimação ou requisição por ordem de qualquer autoridade legalmente constituída;
- f) Roubo, furto qualificado, furto simples, desaparecimento inexplicável e simples extravio, saque, extorsão simples, extorsão mediante sequestro, extorsão indireta, apropriação indébita e estelionato atribuíveis a qualquer autoria, ainda que resultantes de risco coberto;
- g) Danos causados por poluição, contaminação e vazamento, ou pela ação constante de temperatura, vapores, umidade, infiltrações, gases, fumaça e vibrações;
- h) Danos emergentes de qualquer natureza, considerando-se como emergentes as avarias, perdas, danos e despesas não relacionadas diretamente com a reparação ou reposição dos bens/interesses Segurados, tais como, entre outros: lucros cessantes e lucros esperados, perda de receita, responsabilidade civil, inutilização ou deterioração de matéria prima e materiais de insumo, multas, juros e outros encargos financeiros;
- i) Reparos, substituições e reposições normais, exceto quando decorrente de riscos cobertos;
- j) Perda ou dano pelo qual o fornecedor ou o construtor é responsável perante o Segurado por lei ou contrato;
- k) Perda ou dano direta ou indiretamente causado por fuligem e/ou substâncias agressivas;
- l) Curto circuito, sobrecarga, fusão ou outros distúrbios elétricos e eletrônicos causados aos dínamos, alternadores, motores, transformadores, condutores, chaves e demais acessórios elétricos, salvo se ocorrer incêndio, caso em que serão indenizáveis somente os prejuízos causados pelo incêndio consequente;
- m) Desgaste pelo Uso;
- n) Danos morais, ainda que decorrentes de sinistro coberto.

- 16.2. Em adição, não estão cobertos por este seguro os seguintes itens/bens:
- a) Bens móveis (sofás, camas, estantes, mesas, cadeiras, prateleiras, armários, aparadores, adegas, etc.), eletrodomésticos (fogão, geladeira, microondas, fornos, liquidificadores etc.), aparelhos eletro-eletrônicos (televisores, aparelhos de DVD/Blue-Ray, aparelhos de som, MP3, ipads, tablets, notebooks, computadores, celulares, etc.), equipamentos e objetos de uso pessoal ou doméstico, que estiverem dentro ou nas imediações do imóvel segurado, sem exceção, salvo se contratada a Cobertura Adicional de Conteúdo, nos termos de suas Condições Especiais;
 - b) Residências coletivas (repúblicas, cortiços, estalagem, hospedaria, pousada, pensão, albergue, asilo, casa de repouso e similares);
 - c) Trailers;
 - d) Plantas, projetos, manuscritos, modelos, debuxos e moldes, livros de contabilidade, certidões, registros e documentos de qualquer espécie;
 - e) Títulos, dinheiro em espécie e/ou cheques, ou quaisquer papéis que representem valor;
 - f) Obras de arte, quadros, esculturas, tapetes, enfeites e demais adornos;
 - g) Coleções em geral, selos, raridades, antigüidades, jóias, pedras e metais preciosos e semipreciosos, canetas, lapiseiras, isqueiros, relógios, armas de fogo de qualquer natureza e livros considerados como raridades;
 - h) Bebidas, alimentos, comestíveis em geral, perfumes, cosméticos e remédios;
 - i) Bens de terceiros em poder do segurado, bens de terceiros em poder destes, bens do segurado em poder de terceiros e bens do segurado em local não especificado na apólice;
 - j) Softwares, sistemas e dados armazenados ou processados em equipamentos de informática que não sejam comprovados por notas fiscais;
 - k) Veículos e/ou motocicletas, bem como bens que estiverem dentro de veículo e/ou motocicletas, ainda que este esteja na garagem ou nas imediações do imóvel;
 - l) animais, jardins, árvores e vegetais de qualquer espécie, ou ainda qualquer tipo de plantação;
 - m) Bens e matérias-primas considerados como mercadorias (para comercialização).
- 16.3. Entende-se por desgaste pelo uso os danos verificados exclusivamente em razão do decurso do tempo e da utilização normal do imóvel, ainda que cumulativamente, a:
- a) Revestimentos;
 - b) Instalações elétricas;
 - c) Instalações hidráulicas;
 - d) Pintura;
 - e) Esquadrias;

- f) Vidros;
- g) Ferragens; e
- h) Pisos.

16.4. Além do disposto na alínea “l” do item 16.1, a Seguradora se obriga a indenizar os prejuízos causados aos bens relacionados no item 16.3, sempre que sofrerem danos provocados por extensão de riscos incidentes nas demais partes do imóvel.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. O pagamento do prêmio deverá ser efetuado até a data prevista para esse fim no documento de cobrança, o qual será encaminhado pela Seguradora diretamente ao Estipulante que repassará ao Segurado ou seu representante legal ou, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis em relação à data do seu respectivo vencimento.

17.2. Em caso de apólice com averbação, o não pagamento de uma averbação poderá acarretar a proibição de novas averbações, porém os bens referentes aos prêmios já pagos continuam com cobertura até o fim de vigência previsto na apólice.

17.3. Se não houver expediente bancário no dia do vencimento previsto no documento bancário, o pagamento do prêmio deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.

17.4. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo fixado para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

17.5. **Configurada a falta de pagamento do prêmio do seguro nos prazos estipulados serão considerados os seguintes critérios:**

17.5.1. Quando se tratar de apólice com parcela única ou de fatura mensal de apólice de averbação ou da primeira parcela de seguro com prêmio fracionado: Cancelamento automático da apólice ou da fatura, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, e, havendo prêmio a ser pago por risco decorrido, poderá o mesmo vir a ser cobrado na forma da legislação em vigor, calculado “pro rata die”, até o efetivo pagamento, conforme legislação vigente, incidente sobre o total da dívida, sem prejuízo do ressarcimento das despesas que a Seguradora tiver de arcar para o recebimento de seu crédito.

17.5.2. Quando se tratar de seguro com prêmio fracionado, configurado o não pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base a Tabela de Prazo Curto a seguir.

Relação % entre parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365

27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

17.6. A Seguradora informará ao segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado de acordo de com a tabela acima de prazo curto.

17.6.1. O atraso no pagamento do prêmio do seguro acarretará no acréscimo de encargos equivalentes à variação positiva do IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, bem como de juros moratórios, sobre o valor do prêmio devido, pelo IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 0,25% ao mês.

17.6.2. No caso de extinção do índice acima definido, será utilizado o índice INPC/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

17.7. O pagamento de 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.

17.8. Se o Segurado retomar o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do prazo estabelecido em 17.7, restaura-se o prazo da vigência originalmente contratado.

17.9. Caberá ao Estipulante honrar o pagamento dos prêmios do seguro junto à Seguradora, caso o segurado esteja inadimplente em relação ao qualquer parcela do prêmio. O não pagamento do prêmio do seguro por parte do Estipulante desobrigará a Seguradora ao pagamento de qualquer indenização, sem prejuízo das obrigações do Estipulante junto ao Segurado.

17.10. Ao término do prazo estabelecido em 17.7, sem que o pagamento do prêmio tenha sido retomado, o contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

17.11. O Segurado poderá antecipar o pagamento de parcelas a vencer, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

17.12. **Fica vedado o cancelamento do contrato do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento habitacional obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento habitacional.**

17.13. **No caso de recebimento indevido de prêmio pela seguradora, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.**

18. AVERBAÇÕES E CONTAS MENSAIS

18.1. O Estipulante se obriga a encaminhar à Seguradora, até o 10º (décimo) dia do mês seguinte a cada mês de vigência do seguro, todos os contratos de financiamentos habitacionais novos que, caso aceitos, estarão abrangidos pela presente apólice, cabendo ainda ao Estipulante informar à Seguradora todos os elementos necessários ou de qualquer modo pertinentes à averbação do seguro.

18.2. Com base em relação nominal dos Segurados, contendo os respectivos saldos das dívidas e o valor atualizado do imóvel, a ser fornecida mensalmente pelo Estipulante, a Seguradora irá apresentar-lhe uma conta mensal de prêmios em reais (R\$), referente às operações garantidas vigentes no mês anterior, a qual deverá ser paga de acordo com a legislação pertinente às operações de seguros no país.

19. TIPO DE APÓLICE E FORMA DE CONTRATAÇÃO

19.1. Apólice por averbação, cobrindo os diversos contratos vinculados aos planos habitacionais oferecidos pelo Estipulante, mas **desde que tenha sido comunicada a Seguradora, pelo Estipulante, por meio de formulário ou meio eletrônico denominado Averbação, da respectiva contratação.**

19.2. Sem prejuízo do disposto nas demais cláusulas das condições contratuais, este seguro, no que tange à cobertura relativa a Danos Físicos ao Imóvel (DFI), é contratado a primeiro risco absoluto, isto é, sem a aplicação da regra proporcional ou cláusula de rateio.

20. AVISO DE SINISTRO

20.1. Ocorrido o sinistro, o Segurado, ou seu legítimo representante legal, deverá avisar imediatamente a Seguradora ou o Estipulante, e neste caso este a Seguradora, facultando-lhe todos os meios para que proceda à apuração dos prejuízos ou do capital a indenizar, prestando-lhe todas as informações e documentos por ela solicitados.

20.1.1. O aviso de sinistro deverá ser formalizado à Seguradora por meio de documento recebido sob protocolo na Seguradora ou por meio eletrônico e estar acompanhado de toda a documentação básica exigida nesta apólice, sob pena de ser considerado não formulado.

21. PROVAS E DOCUMENTOS DO SINISTRO

21.1. O Segurado, ou seu legítimo representante legal em conjunto com o Estipulante, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como relatar todas as circunstâncias a ele relacionadas, ficando facultado à Seguradora a adoção de medidas tendentes à plena elucidação do fato, cabendo ao Segurado, ou seu legítimo representante legal e ao Estipulante prestar-lhe a assistência que for necessária para tal fim.

21.2. Qualquer decisão que implique ou possa implicar, direta ou indiretamente, compromisso para a Seguradora só poderá ser tomada pelo Segurado e/ou Estipulante com o consentimento prévio e inequívoco daquela.

21.3. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou seu legítimo representante legal, salvo as diretamente realizadas ou autorizadas pela Seguradora.

21.4. A Seguradora pode exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como informações sobre inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo da regulação do sinistro no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão da abertura de inquérito, que por ventura tiver sido instaurado.

22. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

22.1. O Segurado ou seu legítimo representante legal obrigará-se a remeter ao Estipulante e este à Seguradora, os documentos relacionados abaixo, bem como todos os documentos que comprovem o seu direito à indenização, conforme o definido para a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) ou de Morte e Invalidez Permanente (MIP):

- a) Formulário de Aviso de Sinistro assinado;
- b) Cópia do contrato de financiamento habitacional e seus aditivos;
- c) Cópia da proposta de seguro;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado;
- e) Cópia do RG e CPF do segurado;
- f) Ficha Sócio-Econômica;
- g) Planilha de cálculo do saldo devedor contendo a evolução do financiamento habitacional desde a data da inclusão desde a data da inclusão do segurado até a data do envio da documentação;
- h) Declaração Pessoal de Saúde, devidamente preenchida, datada e assinada pelo segurado.

22.2. Para a cobertura de DFI, também deverão ser encaminhados:

- a) Laudo de avaliação inicial do imóvel e complementares;
- b) Planta do imóvel;
- c) Orçamento detalhado para reparo dos danos;
- d) Boletim do Corpo de Bombeiros e Boletim de Ocorrência Policial, ou na sua falta, declaração de autoridade competente que comprove a ocorrência (caso para o evento

seja necessário).

22.3. Para a cobertura de Morte e Invalidez Permanente (MPI), também deverão ser encaminhados:

22.3.1. Documentação para a cobertura de Morte:

- a) Certidão de óbito do Segurado;
- b) Declaração Médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório;
- c) Declaração Pessoal de Saúde, devidamente preenchida, datada e assinada pelo Segurado.

22.3.2. Documentação complementar para a cobertura de Morte Acidental:

- a) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- b) Cópia autenticada do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for piloto;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico (o segurado for o condutor do veículo);
- d) Cópia autenticada do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio ou de afogamento;
- e) Cópia autenticada do laudo de necropsia;
- f) Cópia autenticada dos laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica, ou declaração emitida pelo órgão competente, informando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).

22.3.3. Documentação complementar para a cobertura de Invalidez Permanente Acidente:

- a) Cópia autenticada da declaração médica, comprovando a invalidez permanente;
- b) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), no caso de acidente automobilístico (se o segurado for o condutor do veículo);
- c) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;
- d) Cópias autenticadas dos laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente informando a não realização dos referidos exames, quando necessário;
- e) Original do exame de raio X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com laudo radiológico (ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia);
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- g) Declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório.

22.3.4. Documentação complementar para a cobertura de Invalidez Permanente por Doença:

- a) Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria, se houver;

- b) Formulário de declaração médica, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório, contendo:
- i. a indicação da data da Invalidez Permanente e Total por Doença (data do sinistro);
 - ii. informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item “Riscos Cobertos”;
 - iii. indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e,
 - iv. detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanente em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- d) Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais.

23. LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DO SINISTRO

23.1. Os critérios para liquidação (indenização) do sinistro de Danos Físicos ao Imóvel (DFI) ou de Morte ou Invalidez Permanente (MIP), estão definidos nas Cláusulas 25 - Liquidação e Indenização de Sinistro – Morte e Invalidez Permanente do Segurado e 26 - Liquidação e Indenização do Sinistro – Danos Físicos ao Imóvel, respectivamente, das condições gerais.

23.2. Toda e qualquer indenização devida por esta apólice será paga diretamente ao Estipulante, que se habilitará, em nome e por conta do Segurado, ao recebimento da indenização, apresentando para tanto toda a documentação comprobatória dos seus direitos, exceto nos casos de reposição de bens.

23.3. As indenizações não serão, em nenhum caso, acrescidas de juros de mora e multas contratuais previstos no contrato de financiamento habitacional, exceto para os casos expressamente acordados, por escrito, entre a Seguradora e o Estipulante.

23.4. O prazo para pagamento da indenização será de 30 (trinta) dias corridos, contados da data do recebimento, pela Seguradora, da totalidade dos documentos exigidos para a regulação, de acordo com cada cobertura.

23.4.1. O prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 23.4 será suspenso, quando a Seguradora verificar que a documentação prevista nas Condições Gerais é insuficiente, com base em dúvida fundada e justificada, para a regulação do sinistro, podendo ela

solicitar ao Segurado, ou seu legítimo representante legal, ao Estipulante ou a terceiro a apresentação de novas informações e documentos complementares. A contagem do prazo remanescente se reiniciará às 24h do dia útil subsequente à entrega dos documentos complementares à Seguradora.

23.5. Vencido o prazo de 30 (trinta) dias para a regulação do sinistro, após entrega de toda a documentação e informações solicitadas ao Segurado, à indenização será atualizada monetariamente, pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, entre a data da ocorrência do evento e a data do efetivo pagamento.

23.6. A atualização de que trata o item 21.5 será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de comunicação do sinistro e aquele publicado na data imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro.

23.7. Na hipótese da extinção do índice pactuado no item 21.5, deverá ser utilizado o índice que vier a ser determinado pela legislação em vigor.

23.8. Além do previsto no item 21.5, aplicar-se-ão juros moratórios, sobre o valor da indenização atualizada pelo IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 0,25% ao mês, do primeiro dia útil posterior ao fim do prazo de 30 (trinta) dias para regulação até a data do efetivo pagamento.

23.9. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

23.10. Observadas as exceções especificadas nas Condições Particulares da Apólice, o Limite Máximo de Indenização, em cada cobertura, em caso de sinistro parcial, será automaticamente reintegrado, como se não tivesse havido sinistro.

24. LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DE SINISTRO – MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE

24.1. Em complemento à Cláusula 23 Liquidação e Indenização do Sinistro, das Condições Gerais, a indenização devida por esta garantia corresponderá ao saldo devedor (apurado quando da ocorrência do sinistro) do Segurado, considerando-se como tendo sido pagos todos os compromissos devidos à Seguradora até o dia anterior à data do sinistro.

24.2. O pagamento da indenização de que trata o item 24.1 será realizado sob forma de parcela única.

24.3. Caso haja mais de um segurado na composição de renda para fins de seguro, o valor da indenização será proporcional ao percentual de responsabilidade correspondente ao segurado que tenha falecido ou se tornado inválido, prevalecendo o percentual vigente na data do sinistro.

24.3.1. Inexistindo indicação expressa no contrato de financiamento habitacional ou documento equivalente, quanto à responsabilidade de cada financiado, será adotada a participação proporcional com que concorre cada um dos adquirentes para a composição da renda familiar, constante da ficha sócio-econômica ou de documento cadastral

equivalente.

24.3.2. Excepcionalmente, na falta de ficha sócio-econômica, a indenização será uniformemente rateada na proporção do número de adquirentes expressamente citados no contrato, a menos que se trate de marido e mulher, caso em que a cobertura prevalecerá apenas para o segurado principal.

24.3.3. Nenhuma indenização será devida ao simples componente da renda familiar não financiado, na hipótese de seu falecimento ou de sua invalidez.

24.3.4. Em qualquer hipótese, fica entendido que a falta da ficha sócioeconômica não será admitida para os contratos firmados após a emissão da presente apólice.

24.3.5. A ficha sócio-econômica deverá ser obrigatoriamente assinada por todos os proponentes expressos no respectivo contrato de financiamento habitacional.

24.3.6. Uma vez paga a indenização na forma estabelecida nestas Condições, a cobertura do seguro subsistirá em relação aos demais segurados, componentes da renda, pelo exato valor do saldo da dívida remanescente.

24.4. Para a determinação do saldo devedor vincendo, considera-se, na data do sinistro, o valor informado mensalmente pelo Estipulante para o cálculo do prêmio, conforme o item 16.2 da Cláusula 16 – Averbacões e Contas Mensais, comprovado pelo contrato de financiamento habitacional e pela planilha de cálculo do saldo devedor vincendo fornecido pelo Estipulante, observado o limite fixado para esta cobertura.

24.4.1. O eventual atraso no pagamento das prestações amortizantes ao Estipulante não prejudicará as coberturas.

24.5. A indenização será expressa na unidade monetária do respectivo contrato de financiamento habitacional, calculada à data da ocorrência do sinistro.

24.6. No dia do pagamento, a Seguradora converterá para reais a indenização assim expressa na unidade monetária referida no contrato de financiamento habitacional.

24.7. No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora proporá ao Segurado, por carta, dentro dos 15 (quinze) dias seguintes à data da constatação, a constituição de uma Junta Médica.

24.7.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e o terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

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

24.7.3. O prazo para a constituição da junta médica é de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado e informado à Seguradora.

24.7.4. A recusa do Segurado para a realização da junta médica e/ou da perícia médica ensejará no encerramento do processo de sinistro sem indenização por impossibilidade da caracterização de umas das coberturas contratadas.

24.7.5. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem e, caso as partes resolvam realizar nova junta médica,

a parte que impossibilitou a realização da junta deverá arcar integralmente com as despesas da nova constituição.

24.8. A Seguradora se reserva no direito de submeter o Segurado a exames realizados por médico de sua indicação para constatar:

24.8.1. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente: perícia médica para confirmação da permanência da invalidez.

24.8.2. Em caso de Invalidez Permanente Total e por Doença: perícia médica para confirmação da patologia que caracterize a invalidez.

24.9. O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso, a qualquer tempo, a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu médico assistente.

24.10. Para efeito do cálculo da indenização, consideram-se como tendo sido pagos todos os compromissos devidos pelo segurado até o dia anterior à data do sinistro.

25. LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DO SINISTRO – DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL

25.1. Em complemento à Cláusula 23 – Liquidação e Indenização do Sinistro, a indenização decorrente da cobertura concedida pela Cláusula 13 - Riscos Cobertos para Cobertura de Danos Físicos ao Imóvel, corresponderá ao prejuízo efetivamente apurado pela Seguradora na ocasião do sinistro, respeitado o limite máximo de garantia vigente na data do sinistro e corresponderá ao valor necessário à reposição do imóvel ao estado equivalente ao que se encontrava imediatamente antes do sinistro e, será constituído pela soma das seguintes parcelas:

- a) Despesas de salvamento, comprovadamente, efetuadas pelo Segurado durante e/ou após a ocorrência do sinistro;
- b) Valor referente aos danos físicos ao imóvel comprovadamente causados pelo Segurado e/ou por terceiros na tentativa de minorar o dano ou salvar a coisa;

25.2. Danos sofridos pelos bens Segurados.

25.3. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o Limite previsto na apólice/certificado.

25.4. O custo de reparos provisórios somente ficará a cargo da Seguradora se tais reparos constituírem parte dos reparos finais e não implicarem aumento do custo total da reparação observado o limite estabelecido no subitem 26.2, da Cláusula 26 – Prejuízos Indenizáveis, desde que esses reparos provisórios não constituam despesas de salvamento na tentativa de se evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa.

25.5. A Seguradora reserva-se o direito, mediante acordo com o Estipulante, de optar entre efetuar a indenização em dinheiro ou por meio da reposição do imóvel destruído, restituindo-o em estado equivalente àquele que se encontrava imediatamente antes do sinistro.

25.6. Em caso de indenização parcial, a reintegração do limite de garantia segurado relativo à garantia de DFI será automática após cada evento, sem cobrança adicional de prêmio.

26. PREJUÍZOS INDENIZÁVEIS

26.1. São indenizáveis para a cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), até os limites máximos previsto na apólice/certificado, respeitado o item 10– Limite Máximo de Garantia, os prejuízos decorrentes de danos materiais diretos que resultem na reposição ou recuperação do imóvel.

26.2. Fica facultado ao Segurado caso haja necessidade de providências imediatas, de efetuar o desembolso de até 1% (um por cento) do Limite Máximo da Garantia para gastos, cabendo à Seguradora complementá-las, se for o caso, após a vistoria do imóvel desde que previamente comunicado o sinistro à Seguradora, e os serviços ou gastos comprovadamente realizados tenham se destinado a:

26.2.1. Despesas de salvamento comprovadamente efetuadas pelo segurado, durante ou após a ocorrência de um sinistro.

26.2.2. Despesas de desentulho do local.

26.2.3. Valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar a coisa.

26.3. Caso haja necessidade de desocupação do imóvel por inabitabilidade, em decorrência de sinistro coberto pela presente apólice, autorizado expressamente pela seguradora, por escrito, ou determinado por autoridade pública, a seguradora indenizará o segurado pelos encargos mensais do financiamento habitacional a partir da efetiva desocupação do imóvel, limitado ao Limite Máximo de Garantia correspondente à cobertura dos riscos de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), conforme Cláusula 8 – Limite Máximo de Garantia deste contrato.

26.4. Independentemente dos limites acima estabelecidos, a indenização devida pelo subitem ficará limitada ao prazo necessário para reparação ou reconstrução do imóvel diretamente atingido pelos riscos previstos na Cláusula 11 – Riscos Cobertos para Cobertura de Danos Físicos ao Imóvel.

26.5. A documentação deverá ser complementada com cópias das notas fiscais relativas às despesas efetuadas para a compra de materiais e recibo de mão de obra, e por outros documentos que por necessidade sejam solicitados pela Seguradora.

27. SALVADOS

27.1. Para as coberturas de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), ocorrido o sinistro que atinja o bem a que se refere o interesse segurado por esta apólice, o Segurado não poderá fazer o abandono dos salvados até a definição pelas partes da destinação do mesmo.

28. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

28.1. É vedada a contratação concomitante de mais de uma apólice de seguro habitacional para o mesmo financiamento.

29. PERDAS DE DIREITOS

29.1. Além dos casos previstos em lei ou nas demais cláusulas e disposições da apólice contratada, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se:

29.2. O Segurado e/ou o Estipulante, ou o representante legal de um ou de outro, fizer(em) declarações inexatas ou omitir(em) circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio, além de ficarem obrigados ao pagamento do prêmio vencido.

29.3. Se o Segurado agravar intencionalmente o risco:

29.3.1. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

- I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.
- II. Na hipótese de ocorrência do sinistro sem indenização integral:
 - a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou;
 - b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.
- III. Na hipótese de ocorrência do sinistro com indenização integral:
 - a) Cobrar a diferença de prêmio cabível antes de efetuar o pagamento da indenização; e,
 - b) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização;

29.4. O Segurado é obrigado a comunicar ao Estipulante e este à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar o risco, sob pena de perder o direito à indenização, se for provado que silenciou de má-fé:

29.4.1. Recebido o aviso de agravação do risco, sem culpa do Segurado, através do Estipulante, a Seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias corridos a contar da data da recepção daquele aviso, poderá rescindir o contrato, dando ciência de sua decisão, por escrito, ao Segurado;

29.4.2. A rescisão só será eficaz 30 (trinta) dias corridos após a notificação, e a diferença do prêmio será restituída pela Seguradora, calculada proporcionalmente ao período a decorrer;

29.4.3. Na hipótese de agravação do risco, sem culpa do Segurado, a Seguradora poderá propor a continuidade do contrato e cobrar a diferença do prêmio.

29.5. O Segurado obriga-se sob pena de perder seu direito a qualquer indenização, a dar imediato aviso ao Estipulante, e este, à Seguradora, da ocorrência de todo e qualquer sinistro ou fato que possa desencadear sinistro, tão logo dele tome conhecimento, bem como a tomar todas as providências cabíveis no sentido de proteger e minorar os prejuízos.

29.6. O Segurado e/ou Estipulante perderá todo e qualquer direito com relação a este seguro:

- a) Caso haja fraude ou tentativa de fraude, simulando um sinistro ou agravando as conseqüências de um sinistro para obter ou majorar a indenização;
- b) Caso haja reclamação dolosa caracterizada por vontade deliberada e consciente do Segurado em utilizar artifícios e providências fraudulentas para legitimar uma reclamação de prejuízos e receber uma indenização da Seguradora, parcial ou totalmente indevida.

30. REAJUSTE AUTOMÁTICO DE VALORES - DFI

30.1. Em virtude do disposto na Cláusula 10 – Limite Máximo da Garantia, o Estipulante obriga-se a manter os valores contratuais automaticamente ajustados na mesma periodicidade, e com base nos mesmos índices de atualização do imóvel, previstos nos respectivos contratos de financiamento habitacional, relativos às operações seguradas.

30.2. Sem prejuízo do disposto no item 10.1, nos casos de ampliação da área do imóvel objeto do contrato de financiamento habitacional, é facultado ao Segurado comunicar a alteração ao Estipulante para o ajuste do valor segurado, que deverá ser fundamentado em laudo de avaliação, e comunicado a Seguradora.

30.3. Se no momento do sinistro o risco sinistrado estiver em valor menor que o Limite Máximo de Garantia definido na Cláusula 10 – Limite Máximo da Garantia destas Condições, a responsabilidade da Seguradora não excederá, em hipótese alguma, o valor apurado, por ocasião do sinistro.

31. INSPEÇÃO

31.1. A Seguradora se reserva o direito de proceder, durante a vigência da apólice, inspeção dos bens que se relacionem com o seguro. O Segurado de comum acordo com o Estipulante deve facilitar a Seguradora a execução de tais medidas, proporcionando-lhe as provas e os esclarecimentos solicitados que estiverem ao seu alcance.

31.2. A ausência de inspeção não constitui desobrigação ao cumprimento rigoroso, pelo segurado, de todas as suas incumbências relacionadas ao presente contrato, inclusive no que tange às informações sobre o estado do bem ou interesse protegido antes da conclusão do seguro ou da aceitação da adesão, representando o direito de inspeção, mera faculdade, a ser exercida aleatoriamente.

32. SUB-ROGAÇÃO

- 32.1. Para as coberturas de Danos Físicos ao Imóvel (DFI), pelo pagamento de qualquer indenização, cujo recibo valerá como instrumento de cessão, a Seguradora ficará sub-rogada, até o limite do respectivo valor, em todos os direitos, pretensões, ações e privilégios do Segurado contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os prejuízos indenizados, ou que para eles tenham contribuído.
- 32.2. Salvo dolo, a sub-rogação não terá lugar se o dano tiver sido causado pelo cônjuge do Segurado, seus descendentes e ascendentes, consanguíneos e afins.
- 32.3. O Segurado responderá por qualquer ato que diminua ou extinga, em prejuízo da Seguradora, os direitos a que se refere esta Cláusula.
- 32.4. A Sub-rogação se estende aos direitos sobre os salvados na proporção da indenização paga.

33. CESSÃO DE DIREITOS

- 33.1. Nenhuma disposição deste seguro confere ou poderá ser interpretada como conferindo quaisquer direitos passíveis de serem exercidos em face da Seguradora a qualquer pessoa ou pessoas que não se confunda com o Estipulante ou com o Segurado.
- 33.2. A Seguradora não ficará obrigada perante qualquer terceiro inclusive no caso de ter havido qualquer transferência ou cessão de direitos por parte do Segurado, a menos e até que a Seguradora, por intermédio de endosso, reconheça essa transferência ou cessão e declare que a garantia passe a beneficiar outra pessoa.

34. CANCELAMENTO/RESCISÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 34.1. Este contrato poderá ser rescindido ou modificado a qualquer tempo, mediante acordo escrito entre as partes contratantes.
- 34.2. A cobertura individual cessa:
- 34.2.1. No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada respeitada as respectivas vigências mensais em curso das adesões individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;
- 34.2.2. Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; e
- 34.3. Com esgotamento do Capital Segurado no caso de Morte e/ou Invalidez Permanente Total.
- 34.4. Os Certificados de Seguro emitidos com data de início de vigência anterior à data de rescisão permanecerão em vigor até os seus respectivos vencimentos.
- 34.4.1. Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido até a data do efetivo cancelamento.

34.4.2. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, por intermédio do Estipulante, a Seguradora reterá até a data do recebimento da solicitação, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto prevista no item 17 - Pagamento de Prêmio destas Condições Gerais. Para percentuais não previstos na tabela, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente inferiores.

34.5. **O prêmio a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurado entre o último índice publicado antes das datas previstas nos itens 34.3.1 e 34.3.2 e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição. Na hipótese da extinção do índice pactuado acima, deverá ser utilizado o índice que vier a ser determinado pela legislação em vigor.**

34.6. **Além da atualização de que trata o item 34.4, a não devolução do prêmio no prazo de 10 (dez) dias corridos implicará aplicação de juros moratórios equivalentes 0,25% ao mês, contados a partir do primeiro dia da formalização da recusa.**

35. ACEITAÇÃO E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

35.1. **O prazo da Seguradora para analisar e decidir sobre a aceitação da Proposta de Seguro preenchida e assinada pelo Estipulante, para seguros novos e renovações, bem como para alterações, será de 15 (quinze) dias corridos contados a partir do protocolo de recebimento na Seguradora.**

35.2. **A emissão da Apólice será feita em até 15 (quinze) dias corridos contados da data de aceitação expressa ou tácita da Proposta de Seguro.**

35.3. **A Apólice será objeto de renovação automática por uma única vez, sendo que as renovações posteriores deverão ser feitas de forma expressa pelo Estipulante.**

35.4. **Para evitar a ausência de seguro relacionado às operações de financiamento habitacional albergadas nesta Apólice, e já se tendo operado a renovação automática a que se refere o item 35.3, acima, o Estipulante deverá, dentro do prazo máximo de 60 (sessenta) dias úteis anteriores à data do término da vigência desta Apólice, encaminhar formalmente à Seguradora a solicitação da proposta de renovação.**

36. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE

36.1. **O prazo de vigência da Apólice será de, no mínimo, 01 (um) ano, não se admitindo contratação por prazo inferior, condicionada a sua validade à aceitação da correspondente Proposta de Seguro, conforme o disposto na Cláusula 33 – Aceitação e Renovação da Apólice destas Condições Gerais.**

36.1.1. **Nos seguros coletivos o prazo de vigência da Apólice corresponderá ao período em que poderão ser incluídos novos Segurados.**

36.2. **O cancelamento da apólice do SH/AM, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, somente poderá ser efetuado mediante acordo entre segurado, seguradora**

e estipulante, no caso de seguro coletivo, ou financiador, no caso de seguro individual, observada a legislação em vigor, quanto ao percentual de anuentes, quando se tratar de apólice coletiva.

37. CANCELAMENTO E MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

37.1. Este contrato poderá ser rescindido ou modificado a qualquer tempo, mediante acordo escrito entre as partes contratantes.

37.2. O cancelamento ou a modificação do contrato que implique ônus ou deveres aos segurados, por iniciativa da Seguradora ou Estipulante, dependerá de anuência prévia de no mínimo três quartos do grupo segurado.

38. DIREITO DE CONTROLE

38.1. O Estipulante confere a Seguradora o direito de controlar e investigar a exatidão de suas informações, bem como o cumprimento das demais obrigações fixadas nesta apólice, comprometendo-se a facilitar à mesma, por todos os meios ao seu alcance, as verificações que se fizerem necessárias, seja para a comprovação da massa de mutuários ativos, seja para a apreciação dos procedimentos envolvendo a apuração dos prejuízos, ou para qualquer outro fim, devendo o Estipulante, ainda, prestar contas à Seguradora sempre que formalmente solicitado.

39. CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO PRÊMIO

39.1. Os prêmios serão calculados com base nas taxas e critérios constantes das Condições Particulares da Apólice.

39.1.1. Cobertura de Morte ou Invalidez Permanente (MIP) – Apólices com taxas diferenciadas por faixas etárias.

39.1.1.1. Quando houver mais de um Segurado na mesma operação de financiamento habitacional, a cobertura MIP será rateada na mesma proporção da composição da renda.

39.1.1.2. As taxas de cada faixa etária serão indicadas nas Condições Particulares e incidirão sobre o limite máximo indenizável de cada Segurado.

39.1.1.3. Para o Segurado que mudar de faixa etária durante a vigência do seguro, a aplicação da nova taxa ocorrerá somente a partir do aniversário da apólice.

39.1.2. Cobertura de Morte ou Invalidez Permanente (MIP) – Apólices com taxa média única.

39.1.2.1. A taxa média da apólice será indicada nas Condições Particulares e incidirá sobre o limite máximo indenizável de cada Segurado.

39.1.2.2. Se, durante a vigência da apólice ou na sua renovação, houver alteração

que implique em ônus ou perda de direito para o Segurado, será necessária a anuência prévia e expressa de uma quantidade de Segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

39.1.3. Cobertura de Danos Físicos ao Imóvel (DFI): a taxa da apólice será indicada nas Condições Particulares e incidirá sobre o limite máximo indenizável.

40. BENEFICIÁRIOS

40.1. **O beneficiário deste seguro é o Estipulante, na condição de credor do Segurado que com ele contrate financiamento habitacional imobiliário.**

40.2. **É vedada a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade do Segurado, salvo se houver mudança do financiador.**

41. ÂMBITO GEOGRÁFICO

41.1. As disposições deste contrato de seguro aplicam-se exclusivamente a danos ocorridos e reclamados no território brasileiro, exceto no que diz respeito à Cobertura Básica de Morte ou Invalidez Permanente (MIP), a qual tem como âmbito geográfico o globo terrestre.

42. PRESCRIÇÃO

42.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

43. FORO

43.1. É competente para dirimir toda e qualquer controvérsia relativa a este contrato de seguro o foro do domicílio do Segurado, conforme definido na legislação em vigor.

44. INFORMAÇÕES GERAIS

44.1. O valor do Custo Efetivo do Seguro Habitacional (CESH) é meramente informativo e tem por finalidade exclusivamente permitir a comparação entre as diferentes propostas de seguro, não correspondendo sua aplicação sobre o saldo devedor do financiamento habitacional ao montante efetivo a ser pago a título de prêmio de seguro.

44.2. Em virtude da metodologia de cálculo utilizada, o valor do Custo Efetivo do Seguro Habitacional (CESH), não poderá ser somado, deduzido ou, de qualquer forma, comparado a outros custos do contrato de financiamento habitacional, sob pena de gerar conclusões equivocadas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR PERDA DE EMPREGO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante ao Estipulante o pagamento de parcelas durante todo o período do financiamento habitacional contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, a partir do dia da ocorrência do evento, respeitando os limites contratados e demonstrados na apólice/certificado de seguro, em caso de rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do Empregador, desde que não motivado por justa causa, conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho.

1.2. Considera-se como dia da ocorrência do evento a data da comunicação do desligamento do Segurado.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura Adicional de Renda por Perda de Emprego os eventos ocorridos em consequência de:

- a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo Empregador do Segurado;
- e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) falência;
- g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador.

2.1.1. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Os limites de capital segurado serão determinados pelo Estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor das prestações mensais do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.
- 3.2. O pagamento do capital segurado será concedido na forma de rendas mensais, limitada a quantidade descrita na apólice/certificado de seguro, desde que o Segurado permaneça na condição de desempregado durante a percepção do recebimento do capital segurado.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do evento coberto.

4. PRÊMIO

- 4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. CARÊNCIA

- 5.1. A carência, se aplicável, estará demonstrada na apólice/certificado de seguro e será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 6.1. Esta cobertura adicional cessará:
- 6.1.1. simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- 6.1.2. a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTROS

- 7.1. **Em caso de sinistro coberto por este Seguro, além dos documentos listados na Cláusula 22 – Documentos em caso de sinistro, item 22.1, também deverão ser encaminhados:**
- 7.1.1. cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;
- 7.1.2. cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

- 7.1.3. cópia dos comprovantes de pagamento.
- 7.1.4. Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.
- 7.2. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.
- 7.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora.

8. REINTEGRAÇÃO

- 8.1. Esta cobertura não permite reintegração de capital, nem mesmo diante pagamento de prêmio adicional.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

- 9.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro Habitacional Usebens (SH/AM) não modificadas por estas condições especiais.

DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. **Garante ao Estipulante o pagamento de parcelas durante todo o período do financiamento habitacional contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, respeitando os limites contratados e demonstrados na apólice/certificado de seguro a partir do dia da ocorrência do evento, caso o Segurado venha ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, respeitando os limites contratados.**
- 1.2. **Considera-se como dia da ocorrência do evento a data indicada na declaração médica.**
- 1.3. **Elegibilidade: Serão elegíveis as pessoas físicas que desenvolvam atividades profissionais como autônomos, empresários e os profissionais liberais, devidamente regulamentados, que possuam vínculo com o Estipulante e que possam comprovar a atividade remunerada regular.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente os eventos ocorridos em consequência de:**
- a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**
 - b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**
 - c) prática pelo Segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
 - d) hospitalização para a realização de exames de rotina;**
 - e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
 - f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
 - g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
 - h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
 - i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;**

- j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
- k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

2.1.1.1. Também estarão excluídos da cobertura adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Os limites de capital segurado serão determinados pelo Estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.

3.2. Quando o Segurado ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, a indenização será concedida na forma de renda mensal, no período estipulado na apólice/certificado de seguro, desde que o Segurado permaneça na condição de incapacitado durante a percepção do recebimento do capital segurado.

3.3. Estando o sinistro coberto, o pagamento da primeira renda será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega da documentação completa à Seguradora e os demais pagamentos, prevalecendo a condição de incapacidade temporária, serão realizados a cada 30 (trinta) dias do último, observado o número de rendas contratadas.

3.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data indicada na declaração médica.

4. PRÊMIO

4.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. CARÊNCIA

5.1. A carência, se aplicável, estará demonstrada na apólice/certificado de seguro e será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

5.2. Para afastamentos decorrentes de acidentes, não haverá carência.

6. PERÍCIA MÉDICA

6.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a

fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

6.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

7. JUNTA MÉDICA

7.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

7.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

8.1. Esta cobertura adicional cessará:

8.1.1. simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;

8.1.2. a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

9. REINTEGRAÇÃO

9.1. Esta cobertura não permite reintegração de capital, nem mesmo diante pagamento de prêmio adicional.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro coberto por este Seguro, além dos documentos listados na Cláusula 22 – Documentos em caso de sinistro, item 22.1, também deverão ser encaminhados:

a) relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;

- b) **exames realizados que comprovem a Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);**
 - c) **cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:**
 - **última declaração do Imposto de Renda;**
 - **recibo de pagamento autônomo;**
 - **carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;**
 - **comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;**
 - **inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;**
 - **cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando aplicável;**
 - d) **cópia dos comprovantes de pagamento;**
 - e) **Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.**
- 10.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora.

11. DISPOSIÇÃO FINAL

- 11.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro Habitacional Usebens (SH/AM) não modificadas por estas condições especiais.

DA COBERTURA ADICIONAL DE CONTEÚDO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. **Garante a indenização dos danos ocorridos com o conteúdo do imóvel financiado, respeitando os limites contratados, desde que decorrentes de sinistro coberto também pela Cobertura Básica de DFI.**

1.2. Entende-se por conteúdo os móveis e utensílios, os bens de consumo e os demais bens de uso comum, próprios ou de terceiros, desde que inerentes às necessidades básicas da residência como um todo, existentes ou instalados no endereço do imóvel financiado.

1.2.1. **A título exemplificativo, mas não exaustivo, cite-se alguns bens objetos de cobertura: sofás, camas, estantes, mesas, cadeiras, prateleiras, armários, aparadores, racks, eletrodomésticos em geral (geladeiras, fogões, microondas, máquina de lavar/secar roupas, máquina de lavar louça), aparelhos eletro- eletrônicos (televisores, microsystem, aparelhos de telefonia fixa).**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Aplicam-se à Cobertura Adicional de Conteúdo os riscos excluídos definidos nas Condições Gerais do Seguro.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Os limites de capital segurado serão determinados pelo Estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do evento coberto.

4. PRÊMIO

4.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo Segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. CARÊNCIA

5.1. Não haverá aplicação de carência para a Cobertura Adicional de Conteúdo.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

6.1.1. simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;

6.1.2. a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTROS

7.1. **Em caso de sinistro coberto por este Seguro, os documentos que deverão ser encaminhados à Seguradora encontram-se listados na Cláusula 22 – Documentos em Caso de Sinistro, itens 22.1 e 22.2.**

8. REINTEGRAÇÃO

8.1. Esta cobertura não permite reintegração de capital, nem mesmo diante pagamento de prêmio adicional.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro Habitacional Usebens (SH/AM) não modificadas por estas condições especiais.